

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Eva Bendová

**Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele
zdravotních služeb**

*Intimate relationships between healthcare workers in a particular healthcare services
provider*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Konzultant: Mgr. Naděžda Křečková Tůmová, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 23. 11. 2014

Eva Bendová

Podpis

Identifikační záznam:

BENDO VÁ, Eva. Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. [Intimate relationships between healthcare workers in a particular healthcare services provider]. Praha, 2014. 114 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mellanová, Alena.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při vzniku mé práce a za čas a podporu, kterou mi věnovala. Další poděkování patří konzultantce mé práce Mgr. Naděždě Křečkové Tůmové, Ph.D. za vstřícnost, trpělivost a cennou pomoc zejména při tvorbě dotazníku. Velmi si vážím jejich přístupu a ochoty.

Poděkování rovněž směřuji MUDr. Leoši Vysoudilovi, MBA a Mgr. Ditě Svobodové, Ph.D. za umožnění výzkumu, vrchním a staničním sestrám za pomoc při jeho realizaci a také děkuji všem sestřičkám za dobrovolnou účast v dotazníkovém šetření.

Můj velký dík patří mému manželovi a rodině, která mi byla po celou dobu oporou. Děkuji jim za trpělivost a toleranci.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na vznik a výskyt intimních vztahů mezi zdravotnickými pracovníky z pohledu sester. Cílem práce je zjistit, zda na pracovišti sester vznikají intimní vztahy, konkrétně mezi lékaři a sestrami, jaké faktory mohou ovlivnit jejich vznik a zda existuje vliv těchto vztahů na spolupráci lékaře a sestry a ostatních zdravotnických pracovníků v rámci daného pracoviště.

Teoretická část je věnována významným socializačním činitelům jedince ve společnosti – sociálním skupinám a rodině. Je zaměřena na postavení a funkci jedince ve skupině, na formální a neformální vztahy, rodinu, její funkce a typy, soužití rodičů a rizikové faktory rodinného prostředí. Nedílnou součástí je charakteristika profese lékaře a sestry, jejich rolí, týmové spolupráce, profesionálního vztahu, ale také vztahu lékaře a sestry jako muže a ženy se vznikem vztahu intimního.

Empirická část je zpracována kvantitativní metodou výzkumu. Údaje byly získány pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku a výzkumný vzorek tvořilo 177 respondentek. Byly zjištěny a charakterizovány intimní vztahy mezi lékaři a sestrami podle současného pracoviště sester. Dále byla zjištěna kvalita rodinného prostředí, ve kterém sestry vyrůstaly, kvalita jejich manželství nebo partnerského vztahu, zájem o lékaře jako muže i hodnota a postoj sester k věrnosti, jako faktorů ovlivňujících vznik intimních vztahů. Z výsledků je zřejmý jejich vliv na mezilidské, pracovní a profesionální vztahy zdravotnických pracovníků v rámci daného pracoviště.

Klíčová slova

sestra, lékař, sociální skupina, rodina, socializace, intimní vztah, spolupráce

Abstract

This thesis is focused on the formation and presence of the intimate relationships between healthcare workers from nurses' point of view. The aim is to find out if those intimate relationships are developing on the nurses' workplaces and which factors can influence their origin as well as to find out if the presence of this relationship between a doctor and a nurse can affect the quality of collaboration among themselves but also with the other workers in the workplace.

The theoretical part is dedicated to important socialization factors of the individual in society. It's focused on a position and function of the individual in a group, formal and informal relationships, family and its function and types, on a married life and on risk factors of a family environment. The integral part is a description of the profession of a doctor and a nurse with their roles, team cooperation and professional relationship, but also a description of the doctor's and nurse's relationship like man's and woman's with potential intimate relationship.

The empirical part is processed as a quantitative research. Data were obtained by non-standardized anonymous questionnaire and the research sample consisted of 177 respondents. According to current nurses' workplaces the intimate relationships between doctors and nurses have been found and characterized. Furthermore, the quality of the family environment, in which the nurses were growing up, has been ascertained together with the quality of their marriage or partnership relationship, their interest in a doctor as a man and their attitude to fidelity as the factors influencing the formation of intimate relationships. The influence of those intimate relationships on interpersonal, working and professional relationships of the healthcare workers within the workplace is obvious.

Keywords

nurse, doctor, social group, family, socialization, intimate relationship, cooperation

OBSAH

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 ČLOVĚK VE SKUPINĚ	11
1.1 Malé sociální skupiny	11
1.2 Třídění skupin	12
1.3 Struktura skupin a jejich základní funkce	13
1.4 Interakce, vztahy	15
1.5 Fenomén konformismus	17
2 RODINA	19
2.1 Rodina jako činitel socializace a vybrané teorie	20
2.3 Sociální učení v rodině	21
2.3 Soužití rodičů, extramatrimoniální vztah	24
2.4 Funkce rodiny	26
2.5 Vliv rodiny na jednotlivce podle jejich typů	27
2.6 Děti ohrožené rodinným prostředím	29
3 PROFESE SESTRY	30
3.1 Osobnost sestry a její role v ošetrovatelství	31
3.2 Role společné pro zdravotnické pracovníky	33
3.3 Fyzická a psychická náročnost profese	35
3.4 Týmová spolupráce	37
3.5 Profesionální vztah lékaře a sestry	38
4 LÉKAŘ A SESTRA JAKO MUŽ A ŽENA	40
4.1 Sexuální diferenciaci a determinace	42
4.2 Sexuální chování mužů a žen	43
4.3 Namlouvání	45
4.4 Neformální vztah lékaře a sestry	46

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE	48
5.1 Hlavní cíl	48
5.2 Dílčí cíle	48
6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	49
6.1 Metoda výzkumu	49
6.2 Stanovení výzkumných otázek	49
6.3 Pilotní výzkum	50
6.4 Charakteristika výzkumného vzorku	50
6.5 Organizace a průběh výzkumného šetření	50
6.6 Zpracování výsledků	51
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE	53
8 DISKUSE	91
9 ZÁVĚR	102
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	104
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	105
SEZNAM ZKRATEK	109
SEZNAM TABULEK	110
SEZNAM GRAFŮ	112
SEZNAM PŘÍLOH	114
PŘÍLOHY	
PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE O NAHLÉDNUTÍ DO ZÁVĚREČNÉ PRÁCE	

ÚVOD

V popředí, nebo na samém vrcholu žebříčku hodnot člověka se ve většině případů nachází zdraví. Pokud je člověk zdravý, necítí se výrazně nespokojený a nešťastný, avšak tyto pocity souvisí s vlastní zkušeností jednotlivce s nemocí. Nemoc, jako náročná a závažná životní situace ovlivňuje a snižuje kvalitu života jedince.

Ošetrovatelství má významné místo v péči o zdraví člověka. Jeho hlavním cílem je podporovat a upevňovat zdraví, pomáhat při navrácení zdraví, uspokojovat individuální potřeby člověka vzhledem ke kvalitě jeho života a zmírnění psychického a fyzického utrpení při umírání. Ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský personál, tvořící ošetrovatelský tým, ale i spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky tvoří tým zdravotní. Sestry mají v tomto týmu své nezastupitelné místo. Se změnami v poskytování zdravotní péče dochází ke změně sesterských rolí a vztahů k pacientům i lékařům. Sestra je odborníkem v ošetrovatelství, plně zodpovědná za svá rozhodnutí a jednání s cílem poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, která může být ovlivněna řadou faktorů.

V každém oboru, tedy i ve zdravotnictví se vyskytují specifické interpersonální vztahy. Tyto vztahy jsou formální, ale na základě sympatií a atraktivity mohou mezi členy týmu při velmi blízké a opakované spolupráci a fyzicky a psychicky náročné profesi, vznikat vztahy neformální, tedy intimní. Jejich výskyt může interpersonální vztahy v týmu ovlivnit, což je nežádoucí, protože se v konečném důsledku mohou promítnout do kvality péče o pacienty. Tyto skutečnosti měly vliv na výběr tématu mé bakalářské práce.

Cílem práce je zjistit, zda mezi zdravotnickými pracovníky, konkrétně mezi lékaři a sestrami, vznikají intimní vztahy a zjistit některé faktory mající na jejich vznik vliv. Také zjistit možný vliv intimního vztahu lékaře a sestry na kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni a vliv na mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky daného pracoviště.

Teoretická část je věnována sociálním skupinám a rodině jako významným socializačním činitelům jedince ve společnosti. Je zaměřena na postavení a funkci jedince v sociální skupině, na formální a neformální vztahy, rodinu, její funkce a typy, soužití rodičů a rizikové faktory rodinného prostředí. Nedílnou součástí je charakteristika profese lékaře a sestry, jejich rolí, týmové spolupráce, profesionálního vztahu, ale také vztahu lékaře a sestry jako muže a ženy se vznikem vztahu intimního.

Empirická část je zpracována kvantitativní metodou výzkumu. Údaje byly získány pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku. Byly zjištěny a charakterizovány intimní vztahy mezi lékaři a sestrami podle současného pracoviště sester. Dále byly zjištěny některé faktory ovlivňujících vznik intimního vztahu mezi lékařem a sestrou, také vliv takového vztahu na jejich profesionální spolupráci i na spolupráci ostatních zdravotnických pracovníků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ČLOVĚK VE SKUPINĚ

Už narozením se člověk stává členem skupiny. Tou první je zcela nejčastěji rodina, jejíž součástí zůstává po celý život. S odstupem času může být součástí skupiny kamarádů, spolužáků, přátel, spolupracovníků nebo politické organizace. Skupinová příslušnost je pro člověka z hlediska jeho vývoje nezbytná, neboť mu poskytuje uspokojování základních biologických i vyšších potřeb a utváří jeho osobnost. Ve skupinách probíhá proces socializace jedince, buď primární nejčastěji prostřednictvím rodiny, nebo sekundární prostřednictvím vrstevnických, pracovních a jiných skupin.

Sociální skupiny můžeme podle počtu osob dělit na velké a malé. Velká skupina je četná skupina osob s jednotnými demografickými znaky. Malou skupinu tvoří osoby, které se vzájemně znají, vzájemně komunikují, mají společný cíl např. pracovní skupina sester a lékařů konkrétního oddělení zdravotnického zařízení (Nakonečný, 2009). Z důvodu tématu práce se budu dále věnovat malým skupinám.

1.1 Malé sociální skupiny

Není jednoznačná definice malých sociálních skupin. Výrost a Slaměník (2008, s. 321) je definují takto: „*V nejširším významu se jako skupina označuje určitý počet lidí (množina lidí), kteří mají něco společného. Seskupení lidí, které na první pohled něco spojuje, se od sebe odlišují v mnoha znacích (velikost, doba trvání, vliv, uzavřenost atd.). Z hlediska jejich povahy, způsobu fungování a vlivu je nejdůležitější to, zda jedinci, kteří je tvoří, vytvářejí vnitřně propojený celek.*”

Přesnější vysvětlení skupiny lze uvést na základě porovnání s agregáty a sociálními kategoriemi. Agregáty neboli seskupení je počet lidí, které spojuje určité vymezení prostoru. Mohou to být lidé nakupující v obchodním domě, cestující v dopravním prostředku nebo pacienti sedící v čekárně lékaře. Do sociální kategorie patří lidé mající společný znak nebo znaky. Tím může být věk, pohlaví i povolání. Skupina má společné cíle, zájmy a potřeby, které se mohou objevit i u seskupení nebo sociální kategorie. Podstata rozdílnosti mezi

skupinou spočívá zejména v chybění vzájemné interakce, pravidelného setkávání, citové vazby, reciproční závislosti rolí členů skupiny a také charakteristických vztahů a struktury, které tvoří její typické znaky (Výrost, Slaměník, 2008).

Za důležité znaky malé skupiny považuje Nakonečný (2009) vzájemnou interakci mezi členy na základě společně sdílených norem. Jedinci se znají, interakce probíhá na základě provázanosti a propojenosti rolí a členové vykazují společnou činnost směřující ke společným cílům.

Zvláštní skupinou osob, které jsou formálně sdružené z důvodu společného cíle, činnosti i zájmů je pracovní kolektiv. Ve zdravotnickém prostředí je to zdravotnický tým, pracující v oblasti medicínské a ošetrovatelské péče.

Interakci si můžeme ukázat na vztahu mezi lékařem a sestrou, kteří jsou v rámci své profese v každodenním úzkém kontaktu. Pokud se lékař a sestra vzájemně chovají bez větších problémů a neshod, plní role plynoucí z jejich profese, jedná se o pozitivní interakci. V opačném případě, kdy vznikají mezi lékařem a sestrou konflikty, hádky a nedorozumění mající vliv na celý pracovní kolektiv, nazýváme interakci negativní. Stejně tak může mít nepříznivý vliv na nemocného, což je zcela nepřijatelné. Vzniká z důvodu nepochopení jejich rolí a odpovědnosti v rámci moderní ošetrovatelské péče a lékařství, ale také vlivem osobní charakteristiky (Kulichová, 2007).

1.2 Třídění skupin

Existují různá dělení skupin podle určitých ukazatelů. Jak bylo výše uvedeno jedním z nich je počet členů skupiny. Rozlišujeme skupiny *velké* a *malé* (do 20-30 členů). Nejmenší skupina tvořená pouze dvěma jedinci je dyáda (muž a žena).

Podle způsobu vzniku a zdroje skupinové struktury mohou vznikat skupiny *formální* a *neformální*. Formální skupiny jsou záměrně vytvářeny, platí v nich přesně stanovená struktura a pravidla o jejich funkci včetně sankcí. Ustanoveny jsou oficiálně a plní určité nadosobní společenské cíle např. pracovní skupina. Neformální skupiny vznikají na podkladě osobních vztahů, zájmů, potřeb a emocí např. skupina přátel. Struktura, pravidla a funkce skupiny vyvěrá z jejího nitra a je dána vztahy ve skupině. Mohou však vznikat neformální skupiny nebo vztahy i ve formálních skupinách na základě nejrůznějších motivů. V pracovním

kolektivu může mezi mužem a ženou na základě atraktivity a citové vazby vzniknout intimní partnerský vztah (Výrost, Slaměník, 2008).

Podle povahy vazby mezi členy dělíme skupiny na *primární* a *sekundární*. V primárních skupinách jsou výrazné citové vazby a pouta, objevuje se těsnost vztahů, vzájemná závislost a silný vliv na členy. Typickým příkladem primární skupiny je rodina. Sekundární skupiny jsou větší, utvářející se především na základě společného zájmu, úkolu a vztahy nejsou tak osobní např. školní třída (Nakonečný, 2009).

Dalším tříděním oddělujeme od sebe členy skupiny od ostatních, proto názvy *členská* a *nečlenská* skupina. Můžeme se ještě setkat s označením skupiny referenční, která jedince silně ovlivňuje a ten se snaží chovat stejně jako členové skupiny, přestože členem není.

Pokud skupina není uměle vytvořena např. pacienti souhlasící s výzkumem, označujeme ji jako *přirozenou* (Výrost, Slaměník, 2008).

Podle intimního spojení jedince se skupinou vznikají pak skupiny *vlastní* s označením „my“, a obsahují onu sympatii a vzájemnou identifikaci oproti skupinám *cizím*, které mají označení „oni“. Ke členům této skupiny pak mohou vznikat antipatie v podobě rivalry, nepřátelství a soupeřivosti (Nakonečný, 2009).

1.3 Struktura skupin a jejich základní funkce

Pojem struktura značí složení uvnitř skupiny (pracovní skupiny) a jde o skupinové normy, kohezivitu a především o statusy a role, které znázorňují její typický systém a jsou základní částice sociálních struktur. Struktura skupiny se vytváří rychle, je relativně stabilní a tvoří se na základě odlišných znaků a vlastností původně neznámých osob, které se poznávají.

- ✓ *Systém statusů skupiny* – je míra autority a uznání jedince oproti ostatním členům skupiny. Jedná se o rozdělení pozic mezi jejími členy, pomocí dvou základních hledisek, kterými osoba přispívá k plnění cílů skupiny. První je jeho sociální přitažlivost řazená vzestupně od nejméně hodnocené mimostojící osoby po osobu populární. Druhým hlediskem je osobní prestiž nebo moc řazená sestupně od osoby dominující s nejvyšším hodnocením po osobu s okrajovými rolemi. Z výzkumů byla například zjištěna korelace mezi prestiží a inteligencí. V pracovní skupině - kolektivu

sester a lékařů, kteří se poznávají, se vytváří vztahy např. sympatií, antipatií, oblíbenosti i přitažlivosti z důvodu jejich chování pro dosažení společného cíle skupiny. Ten může být dosažen i udržováním dobré nálady. V tomto případě se ve formální skupině vytváří neformální vztahy. Získání vysokého statusu, tím i prestiže, může být velmi silným důvodem našeho sociálního chování. V naší společnosti se někdy jeví jako jeden z hlavních cílů skupiny, ale i jednotlivce. Už rodiče ukazují svým dětem velkou důležitost statusu, protože nízký je zavrhováný a vysoký je přijímán. Podle prestiže profese mohou rodiče dítěti vybírat i školu, kde bude studovat a připraví se na povolání. Bohužel ne podle jeho schopností. Vysoký profesní status bývá často spojen i s vyšším finančním ohodnocením a lepším životním zabezpečením, proto může být i kritériem pro výběr partnera. V neposlední řadě prestiž ovlivňuje i naše chování a jednání. Bártlová (2005, s.113) uvádí: „*O prestiži lékařského povolání z řady výzkumů víme, že povolání lékaře patří k povoláním s nejvyšší prestiží, a to jak u nás, tak v řadě dalších zemích.*”

- ✓ *Skupinové role* – očekávané vystupování členů skupiny, podle kterého se vnímají a vzájemně se chovají. Role je každému připisována na základě jeho pozice ve skupině. Určuje jak se má osoba chovat k jiným členům na stejné nebo jiné pozici.
- ✓ *Skupinové normy* – určitá pravidla platná pro členy skupiny, směřující jedince k žádoucímu a očekávanému chování. Dodržují se pomocí sankcí pozitivních (odměna) i negativních (trest). Normy se odvíjejí od cílů skupiny a mohou být tvořeny i pod vlivem solidarity (normy jako pravidla platná pro zdravotnické pracovníky).
- ✓ *Kohezivita* – jedná se o pospolitost a soudržnost členů skupiny. Podle míry kohezivity se odvozuje stupeň rozvoje skupiny, její pevnost, stabilita a některé činnosti. Čím vyšší je soudržnost tím vyšší je produktivita. Ve vytváření koheze se uplatňuje náklonnost členů skupiny, která zvyšuje jejich jednotu mínění a ta upevňuje zpětně jejich náklonnost (Výrost, Slaměník, 2008, Nakonečný, 2009). V kolektivu sester a lékařů znamená soudržnost překonání individuálních rozdílů a motivů a používání označení „MY.”

Každá sociální skupina plní určité funkce. Již bylo řečeno, že jedinec se stává členem skupiny od narození a členství v různých skupinách mu zůstává po celý život. „*Základní funkcí malých skupin je, že člověku umožňují uspokojování jeho sociálních potřeb a členství v pracovních skupinách je přirozenou životní situací.*” (Nakonečný, 2009, s. 386-387)

Člověk, jako bytost holistická se svými bio-psycho-sociálně-spirituálními potřebami, nachází jejich uspokojení prostřednictvím příslušnosti k nějaké skupině, nebo více skupinám současně.

Americký psycholog A. H. Maslow vytvořil hierarchii potřeb (příloha A), rozdělených na základní (potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí) a vyšší potřeby (potřeby sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní, estetické a potřeby seberealizace). Jedinec uspokojuje potřeby celý život, neboť jsou k životu nezbytné, ale výraznější saturace některých z nich je charakteristická pro určité vývojové období. Novorozenec má především potřebu výživy, hydratace, spánku i bezpečí saturovanou nejčastěji v primární neformální skupině, kterou představuje rodina. Zatímco u dospělých se kromě základních potřeb objevují i vyšší např. potřeba lásky, přátelství, úspěchu, jejichž uspokojení nalézá v klubech, pracovní skupině i intimním partnerském vztahu. Častá frustrace a deprivace potřeb dětí výrazně ovlivňuje jejich osobnost do dospělosti (Trachtová a kol., 2008).

1.4 Interakce, sociální chování, vztahy

Jedním z charakteristických znaků skupiny je vzájemná interakce mezi jejími členy. Farková (2008, s. 139) uvádí: „*Interakce vyjadřuje skutečnost, že se mezi lidmi při společné činnosti vytvářejí mezilidské vztahy, že na sebe lidé vzájemně působí a ovlivňují se.*” V kolektivu osob pak následkem vzájemné interakce v závislosti na konformitě jedince vznikají interpersonální vztahy, které jsou dány strukturou skupiny, jejími cíly a dalšími činiteli, ale vznikají i vztahy osobní. Jsou to vztahy různé významnosti jedince k osobám pro něj nejbližším.

Osobní vztahy se vyznačují častějším, silnějším a dlouhodobějším ovlivňováním jiné osoby v různých oblastech její činnosti. Osobní vztah může být pozitivní, ale může vykazovat i vysoký stupeň závislosti osob, konfliktních zájmů i problémů. Tyto vztahy vznikají díky specifickému chování jedince, ale také díky jeho vlastním interpersonálním vlohám. Na základě zkušeností z jiných vztahů zjišťuje následky pro sebe i ostatní a toto zjištění jedince vede k změně chování např. vstřícnému, agresivnímu, čestnému. Na tomto podkladě osobní vztahy vznikají, uskutečňují se a vyvíjejí. Cílem výzkumu sociální psychologie bylo vymezit blízkost těchto vztahů a určit nejbližší osoby bez upřesňujících indicií. Výsledkem bylo zjištění,

že osobní vztahy jsou přátelské vztahy, vztahy se spolužáky, vztah k rodinnému příslušníkovi a velmi často romantický vztah plný lásky k partnerovi (Výrost, Slaměník, 2008).

I v osobních vztazích dochází mezi vstupujícími osobami k interakci jako vzájemné výměně hodnot, protože jedna vstupující strana chce něco pozitivního získat a partner za poskytnutí něco požaduje. Lidé tedy vstupují do interakcí s potřebou získat nějaké hodnoty. Příkladem může být sexuální interakce, jejíž přínos začíná od uspokojení sexuální potřeby až po radost z intimního života a vzájemné lásky. Láska je však výjimkou tržního principu interakce mezi osobami, protože je zdrojem radosti a nepočítá zisky ani ztráty. Významným faktorem vzájemné interakce je síla recipročních citových vazeb, neboť čím je mezi partnery menší, tím více dochází k bilancování zisků a ztrát. Proto se také ve vzájemných vztazích i osobních uplatňují jisté principy:

- ✓ *Hledisko kreditu* – subjekt projevuje něžnosti a laskavosti partnerovi a očekává určitou „návratnost“. V citově kvalitním vztahu je příjemce dlužníkem a darující věřitelem, který dlužníkovi věří.
- ✓ *Princip ekvity* – u partnerů se slabší emocionální vazbou dochází ke kalkulování, aby některý z nich neztratil více než ten druhý, kterému by tento zisk činil radost. Objevuje se u méně kvalitních vztahů.
- ✓ *Mocenský vztah* – pokud vymizí citová vazba partnerů, objevuje se spíše snaha o kontrolu při směně, netaktnost mocnějšího proti závislému a kontrola chování závislého jedince dominantním (Nakonečný, 2005).

Každý člověk má ve svém životě potřebu afiliace, tedy potřebu navazovat nové kontakty a vztahy s jinými jedinci. Potřeba afiliace je i přání pro navazování velmi blízkých, dlouhodobých, osobních i intimních vztahů na podkladě fyzické blízkosti a přitažlivosti. Atraktivita je fyzická (postava, věk, rysy obličeje) nebo osobní (názory jedince, způsob života, socioekonomický status). Všechny podoby atraktivity přinášejí velmi pozitivní emoce a pokud je vztah založen na silné emocionální vazbě nazýváme ji láska. Láska má mnoho podob od bratrské přes mateřskou, sebelásku až po erotickou. Výrost a Slaměník (2008, s. 257) uvádějí: „*Láska zůstávala dlouho jakýmsi tabu pro vědecké zkoumání. Důvodem bylo především etické hledisko, ale také neobyčejná složitost tohoto citového stavu a ironické komentáře ze strany*

laické veřejnosti i vážených vědců. Převažuje názor, že láska je specifickým druhem interpersonálního vztahu založeném na silné citové vazbě.”

Teorii lásky vypracoval Sterberg na modelu trojúhelníku, který se skládá ze tří komponent. První je intimita (pocit blízkosti, porozumění, bližší než mít rád), dále vášeň (motivace vyvolaná fyzickou atraktivitou a sexuální touhou) a závazek (určité spojení a závislost v čase). Na základě této teorie vypracoval osm druhů lásky (Výrost, Slaměník, 2008).

Intimní vztah bychom mohli definovat na základě modelu trojúhelníku lásky a jejich komponent. Obsahuje intimitu, vášeň i závazek a jejich mírou zastoupení lze intimní vztah charakterizovat a blíže specifikovat. Flirt má převahu krátkodobého závazku, proto ho můžeme nazývat vztahem krátkodobým, ve kterém vášeň rychleji stoupá oproti intimitě, avšak vzhledem k trvání obě komponenty rychle klesají. Oproti tomu u dlouhodobého vztahu vášeň narůstá rychleji než intimita a pomalu obě klesají. Závazek postupem času narůstá a může setrvávat na vysoké úrovni, která končí dlouhodobým partnerstvím nebo manželstvím.

Zkoumáním lidských vztahů ve skupinách se zabývá sociometrie a pomocí této metody se určují sociometrické pozice. Tyto pozice vyjadřují vzájemné sympatie a antipatie jedinců ve skupině. Vytváří se neformální struktura, třeba i ve formální skupině, s populárními, oblíbenými i trpěnými osobami. Také osobami aktivními, pasivními a dominujícími. Sociometrie je založena na pozitivní nebo negativní volbě mezi členy skupiny k určitým činnostem. Tak mohou vznikat různé pozice pro jednotlivé členy např. pozice hvězdy, outsidera (málo volen, spíše odmítán) nebo „šedé eminence” (stojí v pozadí, volena lídrem a lídra volí) (Nakonečný, 2009).

1.5 Fenomén konformismus

Za jistých situací a pod vlivem okolností si člověk není jist, jak se má chovat. Není na ně připraven a ani na všechny nemůže být. Za pomoci jiné osoby nebo celé skupiny může nalézt řešení. V takovém případě můžeme hovořit o konformitě, kterou Výrost a Slaměník (2008, s. 339) definují takto: *„Konformitou se rozumí změny chování nebo názoru, které vznikají jako výsledek skutečného nebo domnělého tlaku jiného jedince, skupiny nebo společnosti. Na jedince je vyvíjen tlak, aby se choval v souladu s určitými normami a pravidly, platnými pro určité situace nebo okolnost. Konformita se vyznačuje tím, že lidé dělají něco, co sami nechtějí*

a co by nedělali bez sociálního nátlaku.” Konformita umožňuje jedinci při dosažení cíle uspokojení potřeby. Konformním se člověk stává na základě potřeby mít pravdu a potřeby být oblíben. Pokud se domníváme, že jiní jedinci se v dané situaci nebo problematice umí lépe orientovat a volit správný způsob chování, stáváme se konformní z potřeby pravdy pomocí informačního sociálního vlivu. Jedinec přijme chování jiných, protože se domnívá, že je správné a později pod jeho vlivem i vystupuje. Pokud jedinec mění své chování z potřeby, aby byl oblíben, především u lidí, na kterých mu záleží a nechce ztratit jejich náklonnost, je konformní pomocí normativního sociálního vlivu. Chce, aby ho jiní měli rádi, protože se chová jako oni (dítě v rodině získá uznání, pokud se chová podle požadavků rodičů). Oblíbenost u jedince usnadňuje jeho důležitou potřebu navazování a trvání blízkých vztahů (pracovní, přátelské, milenecké). Konformita může být ovlivněna několika činiteli např. velikostí skupiny (více lidí vyvíjí tlak) nebo kohezí (vyšší soudržnost a tím větší vliv) (Nakonečný, 2009, Výrost, Slaměnik, 2008).

Jako příklad konformity uvádí Kučera (2013, s. 125) Aschův experiment: „*S. E. Asch (1965) provedl legendární experiment popisující vliv konformity. Účastníci výzkumu byli vyzváni, aby porovnali velikost tří čar s jednou čarou referenční na sérii kartiček (jako součást domnělého zrakového testu). Sezení se zúčastnil vždy jeden neinformovaný účastník a několik spolupracovníků experimentátora. V jedné pokusné skupině odpovídali všichni účastníci podle své úvahy a dosáhli 95% úspěšnosti, v druhé skupině spolupracovníci záměrně odpovídali špatně-efekt konformity pak způsobil, že neinformovaní účastníci odpovídali správně jen ve 25 % případů.*” Usuzují, že jedinec se stává konformní na základě intenzity tlaku a také svých charakterových vlastností. Nakonečný (2009) uvádí, že konformisté jsou v porovnání s nezávislými osobami méně inteligentní, mají větší sklony k myšlenkové chudobě, mají méně flexibilní poznávací procesy, udávají pocity méněcennosti a nedůvěřují si. Podle Farkové (2008) se ukazuje, že v dnešní době mají lidé spíše sklon k nekonformitě, protože mají vysokou sebeúctu a věří ve svůj dobrý odhad.

2 RODINA

Lidská bytost je během svého života součástí lidského společenství, ve kterém právě významnou roli představuje nejmenší sociální jednotka a tou je rodina. Rodina je v psychice člověka přítomna i tehdy, přestože v ní nežije, neboť jeho osobnost a chování je utvářeno původní, tedy nukleární rodinou. Člověk se rodí jako bytost společenská a v tomto prostředí se také člověkem stává, především působením rodiny, které je součástí (Vymětal, 2003).

Rodina je primárním nositelem kultury poskytující základ pro normy a hodnoty v dané společnosti, vede dítě ke společenskému životu v prostředí, ve kterém vyrůstá a učí ho orientaci ve světě znaků. Rodinná výchova seznamuje dítě s kulturními vzorci jako jsou tradice, zvyky, mravy, zákony a další. Je podstatné, aby se dítě naučilo respektovat požadavky rodičů, za jejichž nesplnění je sankcionované (Výrost, Slaměník, 2008).

Rodina je přirozenou sociální skupinou, vzniká na podkladě společného soužití muže a ženy, jejich touhy po dětech a má tak hluboké biologické kořeny. Sjednocujícím činitelem členů rodiny je především láska mezi nimi (Nakonečný, 2009).

Pro každého jedince je důležité mít blízké i pečující osoby, které jsou mu ochotni pomoci, v jejich kruhu se cítí bezpečně, projevují mu lásku, učí ho, jsou trpěliví a vytrvalí, naslouchají mu, může jim důvěřovat a to všechno i kromě dalších funkcí bez jakýchkoliv podmínek zajišťuje rodina.

Definici rodiny je možná tolik jako psychologů a sociologů zabývajících se touto sociální skupinou osob. Ze všech jsem vybrala jednu, která se mi jeví jako nejvýstižnější a nejpopsnější. Nakonečný (2009, s. 425) uvádí: „*Je to charakteristická primární malá skupina, která je sociologicky charakterizovaná jako společenská instituce tvořící důležitý „stavební kámen“ lidské společnosti, neboť má řadu významných společenských funkcí, kromě jiných se v ní uskutečňuje primární socializace dítěte. Podle sociologa I. Možného (1990) je rodina „nejsoukromější lidskou institucí“ a je to v podstatě manželský pár s dětmi, pokud máme na mysli rodinu úplnou a tak zvanou nukleární. Existují i rodiny neúplné, bez jednoho z rodičů, a vícegenerační (soužití rodičů a dětí s prarodiči).*”

Je důležité zjišťovat vliv sociokulturní identity dítěte a rodiny na jeho sociální chování, které si osvojuje v procesu socializace. Jedinec se v něm učí chování, konání, myšlení, cítění,

vnímání a specifické způsoby reagování. Ty mu umožňující život ve společnosti, která vytváří určité soustavy norem a požadavků socializace předávaných pomocí socializačních činitelů.

2.1 Rodina jako činitel socializace a vybrané teorie o tomto vlivu

Existují různé teorie, které vysvětlují zdroje socializace vyskytující se v životě dítěte. Jedná se o sociální skupiny, především ty, se kterými je jedinec dlouhodobě a pevně spjatý a tak mají možnost trvalejšího a přímého působení. Proto můžeme velký význam přisuzovat i rodině (Výrost, Slaměník, 2008).

Rodina je významným socializačním činitelem, ve kterém jde o nabídku ze strany činitele socializace zastupovaného rodičem a o přijetí ze strany socializovaného jedince, kterým je dítě (Nakonečný, 2009). Jak velký je tento vliv z hlediska teorií?

O vazbě mezi dítětem a matkou pojednává teorie připoutání Johna Bowlbyho a přisuzuje významnou roli matky jako pečovatele a bezpečného zázemí pro učení dítěte o světě. Hlavní myšlenkou této teorie je stejná schopnost všech dětí rozvíjet vztah s pečovatelem i více pečovateli, jehož základem je bezpečí (Výrost, Slaměník, 2008).

Odlišné jsou výstupy teorie skupinové socializace Harrisové vycházející z tvrzení E. E. Maccobyové a J. A. Martina, kteří vyslovili nesouhlas s významnou rolí rodiny jako socializačního činitele v utváření vlastností dětí v dospělosti. Harrisová ho podporuje o výsledky genetiků a psychologických výzkumů. Děti vychovávané ve stejné rodině a stejnými rodiči, nevykazují očekávanou podobnost. Možným vysvětlením jsou odlišné zkušenosti dětí a rozdílné jednání rodičů s nimi. Teorie skupinové socializace pojednává o vlivu zkušeností dětí s vrstevnickými vztahy, jejichž působením se tvoří osobnostní vlastnosti jedinců. Hlavním předpokladem této teorie je způsob učení jedince vysoce závislý na souvislostech. Vztahy s rodiči a jinými osobami (sourozenci, přáteli, učiteli) mají podle Harrisové minimální vliv na chování a vystupování v dospělosti (Výrost, Slaměník, 2008). „*Socializaci v dětství Harrisová chápe jako výtvor či pohyb přes sérii vrstevnických kultur, které vykazují změny v čase, ale zároveň i relativní stálost, takže např. hry více generací po sobě v určité kultuře vykazují podobnost.*” (Výrost, Slaměník, 2008, s. 52)

Tato teorie vyvolala velký zájem a pro vytvoření rámcového obrazu uvedu některé připomínky. Např. D. L. Vandellová zkoumala hlavní výroky názorů Harrisové a nalézala

pochybnosti a nedostatky v každém z nich. Tím vyvrací aplikovatelnost teorie skupinové socializace pro výklad dopadu prostředí na rozvoj jedince. Výchozí oblast jako podklad pro výzkum rodičovství, kterou Harrisová zvolila, není podle Vandellové spolehlivá pro objasnění soudobé teorie vývoje jedince. Zřídka někdo, pokud vůbec, čerpá pouze ze vzoru rodičovství, jako jediného faktoru socializace. Výstupy Harrisové vycházející ze studií genetiků nalézají Vandellová jako mylné, neboť nebyla brána v potaz skutečnost, že působení rodičů může být podmíněné a odlišné. Argumenty o způsobu učení jedince vysoce závislého na souvislostech se neshodují se sociokognitivními studiemi. Jako poslední nedostatek uvádím snižování možného významu přátelství dětí, protože právě přátelství mohou být jedním z důvodů jejich rozličných schopností např. očekávání od blízkých vztahů. Protože se Vandellová domnívá, že je unáhlené nevycházet ze vztahu mezi rodičem a dítětem i dalších vztahů, nabádá ke změně teorie skupinové socializace (Výrost, Slaměník, 2008).

Sigmund Freud se soustředí na model rodiny nukleární a z jiné možnosti partnerských vztahů nevychází. „*Teorie socializace podle Sigmunda Freuda, založená významně na jeho psychoanalytické praxi, chápe rodinu jako vztahovou síť, na jejímž podkladu dochází k socializaci dítěte, k jeho uvádění do společnosti. Tento proces Freud vysvětluje pomocí konceptu oidipovského komplexu, jehož prostřednictvím se bisexuálně založené dítě stává generově diferencovanou a heterosexuální bytostí.*” (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina>)

Socializačních činitelů v životě jedince je několik a mění se v čase podle jeho věku a činností, které ho zařazují do různých skupin. Může to být dětská kamarádská skupina, škola, pracovní, sportovní i přátelská skupina nebo náboženská organizace. Tou první ve většině případů stále zůstává rodina, která poskytuje primární socializaci.

2.2 Sociální učení v rodině

V procesu socializace jde především o vliv sociálního prostředí např. rodiny. Především rodiče by měli mít na dítě dostatek času, věnovat se mu, chápat jeho potřeby, rozumět tomu, co ho trápí. Se všemi neurčitostmi budoucí společnosti se vyrovná jen tvořivé dítě, kritické na jedné straně a snášenlivé na straně druhé. Ze složitosti mezilidských vztahů vyplývá nutnost vychovávat děti v emoční jistotě a hodnotové pevnosti (Weiss, 2010).

Dítě se v rodině učí rodovým rolím především prostřednictvím imitace a identifikace, jakožto hlavních prostředků socializace (Vymětal, 2003).

Imitace se uskutečňuje pomocí čtyř po sobě jdoucích kroků a je to pud, klíč, odpověď a odměna. Pro učení je nutné, aby dítě něco chtělo (pud), poté si něčeho všimlo (klíč), něco udělalo (odpověď) a něco získalo (odměna). Je nazývána jako „instrumentální reakce“. Dítě napodobuje chování svých rodičů, aby dosáhlo uspokojení svých potřeb, tak jak tomu dosáhl napodobovaný (způsob řeči, mimiku, gesta). Pokud následuje po imitaci odměna, vede to k uchování a po několikátém opakování dochází k fixování (Výrost, Slaměník, 2008, Nakonečný, 2009). O imitaci Farková (2008, s. 137) udává: „*V raných vývojových obdobích člověka je hlavní formou předávání zkušenosti.*”

Výsledky mnoha výzkumů ukazují, že vnímání podobnosti s druhými vede k častějšímu převzetí jejich cílů a intenzivnějšímu podílení na jejich zájmech. Na základě tohoto ztotožnění můžeme hovořit o identifikaci, též někdy nazývanou jako „motivovaná pohotovost“ (Nakonečný, 2009). Identifikaci, která bývá uváděna jako nejvyšší typ sociálního učení, popisuje Farková (2008, s. 138) takto: „*Jedná se o záměrné úsilí o převzetí způsobu chování modelu, včetně jeho cílů, způsobu života. Může být založena na velmi pozitivním vztahu k modelu (láska, sympatie, úcta, obdiv), ale i na základě strachu a závislosti (trest ze strany modelu tehdy, když např. dítě nesouhlasí se šikanováním, což v důsledku může paradoxně vést k identifikaci s tímto modelem).*” Na základě této definice lze říci, že identifikace ve svém výsledku může mít jak pozitivní tak negativní dopad na jedince a záleží na modelu, se kterým se ztotožní.

Základem identifikace je podle Nakonečného (2009) vnímaná podobnost mezi napodobujícím a napodobovaným. V případě jednání a chování dítěte, které není v souladu s přáním rodičů, vyvstává nebezpečí ztráty rodičovské lásky, která představuje pro dítě životní jistoty a uznání a následuje trest. Identifikaci v rodině můžeme chápat jako druh nápodoby ve vztahu rodiče a dítěte, přičemž rodič má podobu určitého vzoru (odlišnost od napodobování). Dítě se ztotožní s jeho motivy, převezme určité vzorce chování pro dosažení žádoucích odměn a vyhnutí se trestům. Napodobování rodičů dětmi je z důvodů:

- ✓ důvěry v jejich schopnosti
- ✓ obdivu rodiče
- ✓ odměny, pokud je chování dítěte podobné chování rodičů.

Jak uvádí Výrost a Slaměník (2008, s. 163): „*Mimořádně silnými rodovými vzory pro děti jsou rodiče. Modely chování osob stejného rodu jsou vlivnější, možná i proto, že děti jsou jim více vystavené. Děvčata i chlapci stráví v raném dětství více času se ženami než s muži; vysoce pravděpodobně je prvním primárním modelem pro děvčata i chlapce matka. Vzniká otázka, co se stane, že chlapci se přestanou identifikovat s matkou a přesunou svou identifikaci na otce. Na rozdíl od biologického vysvětlení o „předprogramování“ identifikace předpokládá teorie sociálního učení, že už chlapci předškolního věku jsou povzbuzováni napodobovat modely, které vnímají jako silnější.*”

Podle identifikace přijímají děti určité náležité vzorce chování, zvláště s rodičem stejného pohlaví a dokončuje se tak i proces sexuální identifikace projevující se navenek jako sexuální role. Weiss (2010, s. 99) uvádí: „*Čím rigidněji trvají dospělé vztahné osoby na striktním dodržování rolí, tím silněji se zdají být u dětí zesíleny komplementární způsoby jednání, které vedou k agresivní dominanci u chlapců a k přizpůsobivé poddajnosti u děvčat. Čím více je zdůrazňována rovnost pohlaví, tím spíše je možné přímé a oboustranné uspokojování potřeb na základě vzájemného respektu a akceptace.*” Rodiče jsou hlavními identifikačními vzory dítěte, které si podle nich utváří vzorce chování, ale i postoje k druhému pohlaví. Proto jak dívky, tak i chlapci potřebují vzor obou pohlaví, aby sami mohli převzít určitou sexuální roli. Vymětal (2003, s. 41) uvádí: „*Při nepřítomnosti některého rodiče, či jeho kvalitní náhrady v rodině mohou u dětí vzniknout deficity v chování i vztazích, jež se promítnou do jejich pozdějšího partnerského a manželského života.*” Dívka se identifikuje s matkou, cítí se být ženou a přejímá ženské chování, otec je vzorem pro vytvoření postoje k mužskému pohlaví.

Pomocí intenzity a způsobu sociální interakce, jehož produktem je sociální chování, přejímá dívka chování rodičů ve vztahu a chováním matky a ostatních členů rodiny k otci si utváří postoj k mužům. Pro dítě má pozitivní partnerství společného soužití členů rodiny rozhodující vliv na naučení se vzorcům chování. „*Důležité je si uvědomit, že rodiny mají svůj styl, který se přenáší na děti a děti jej zpravidla v dospělosti vyhledávají a vytvářejí.*” (Vymětal, 2003, s. 95) Proto si dovoluji upozornit na důležitost pozitivních vzorů pro kvalitní partnerské nebo manželské soužití.

2.3 Soužití rodičů, extramatrimoniální vztah

Kvalitní soužití rodičů by mělo být takového charakteru, že pro sebe navzájem nepředstavují jen nástroj k uspokojování potřeb a zájmů, ale jsou si cílem. Dobré vztahy mezi rodiči jsou zárukou pohodového a klidného ovzduší pro ostatní členy rodiny a jejich vztahy. Tyto vztahy nevznikají automaticky a nejsou navždy. Jsou ovlivněny prožitky a zkušenostmi ze soužití celé rodiny a musí se záměrně a cíleně pěstovat, jinak se naruší a vznikají konflikty a krize. Vzorec chování pro soužití s druhým si nese každý z nás z původní rodiny. Je pro nás naprosto normální chovat se tak jako rodiče, ale tento vliv nemusí být definitivní. Během života měníme své postoje, názory a zvyklosti a můžeme se chovat na podkladě poznání. Pro kvalitní soužití a plnění rodičovských funkcí je nutností:

- ✓ pochopení a soulad v zásadních životních hodnotách a postojích
- ✓ úcta a respekt, vzájemná tolerance např. ohleduplné jednání
- ✓ upřímnost a otevřenost
- ✓ rozhodovat společně o všech zásadních věcech
- ✓ soulad v oblasti hospodaření rodiny, výchovy dětí a trávení volného času
- ✓ řešit neshody a nedorozumění bez odkladu a s dobrou vůlí se dorozumět
- ✓ nalézat kompromisy
- ✓ nevyžadovat poslušnost od druhého
- ✓ necítit potřebu druhého kontrolovat, kritizovat a měnit dle obrazu svého
- ✓ hovořit přímo a vznikající tenzi odstranit v počátku, řešit příčiny
- ✓ oboustranná spokojenost v intimním sexuálním životě (Vymětal, 2003).

Hodnocení kvality vztahu popisuje Kučera (2013, s. 151) takto: „*Laurel et al. (1990) studovali předpoklady, které vedou k pozitivnímu hodnocení vztahu s partnerem. Při rozhovorech se zadanými ženami a muži identifikovali sedm nejčastějších tvrzení, která jsou charakteristická pro dlouhodobě fungující vztahy: (1) manžel(ka) je můj nejlepší přítel, (2) mám ho (ji) rád jako osobu, (3) manželství je dlouhodobý závazek, (4) manželství je posvátné, (5) shodneme se na cílech a směřování, (6) manžel(ka) mě stále dokáže zaujmout, (7) chci, aby byl náš vztah úspěšný.*”

Pokud rodiče žijí v dobrém vztahu, mají si stále co říci, protože mají i svůj vlastní svět a svá soukromí, která nesplývají, jen se překrývají. Předpokladem dobrého rodičovství a spokojeného života je realizace jedince a žití ve vztahu s druhým, který jej nijak neomezuje, ale naplňuje. Ve vztahu musí rodiče spolupracovat a efektivně komunikovat. Pokud tomu tak není, dochází ke konfliktům, které se vyskytují v každé rodině, protože i rodina jako jiné sociální skupiny prochází vývojem a změnami. Právě způsob řešení těchto konfliktů může měnit nebo vykazovat stabilitu rodiny opírající se o stanovená pravidla a jejich dodržování (Vymětal, 2003). „*Rodinná stabilita či nestabilita přímo souvisí s harmonickým či disharmonickým soužitím manželů-rodičů, kteří své konfliktní vztahy často přenášejí na děti a nezdědka je do svých konfliktů i zatahují.*” (Nakonečný, 2009, s. 426)

Z výše uvedeného vyplývá, že vztahy nebývají pouze harmonické a setkáváme se i s poruchami rodinného a manželského soužití. Nejčastější podobou je podle Vymětala (2003) vztah kalamitní a debaklový. Jaká je charakteristika těchto vztahů?

- ✓ *Kalamitní vztah* – častěji se objevuje v mladších manželstvích. Partneři se usilovně snaží řídit a kontrolovat toho druhého. Výsledkem jsou opakované malicherné hádky, končící až násilným útokem. Může vyústit ve vztah debaklový, pokud oba partneři nenaleznou vztahovou rovnováhu.
- ✓ *Debaklový vztah* – boj o moc je ukončen a jeden z partnerů je v pozici dominantní a druhý submisivní, která mu nevyhovuje. Tento vztah je typický spíše pro víceleté manželství. Charakteristické nejsou konflikty, ale trvalá nespokojenost.

Oba vztahy jsou patologické, mohou končit mimomanželskými vztahy a někdy ukončením manželství nebo partnerství (Vymětal, 2003).

Mimomanželský vztah se stává častou zkušeností s vyšší tolerancí společnosti u mužů, protože se ženám přisuzuje vyšší odpovědnost k rodině a tento vztah by ji mohl zničit. Funkce takového vztahu je spíše kompenzační, neboť jedinec získává chybějící uspokojení a touží po nových zážitcích a zkušenostech. Důvodem může být i ověření atraktivnosti pro jinou osobu a získat nebo udržet své sebevědomí (Zacharová, Šimíčková - Čížková, Littva, 2010).

Muži mají k extramatrimoniálním stykům vyšší tendenci než ženy, ale většina manželských dvojic si v současné době udržuje spíše monogamní životní styl. V případě mimomanželského vztahu se jedná spíše o krátkodobou a ojedinělou záležitost (Zvěřina, 2003).

Z výzkumů sexuálního chování mužů a žen, které provedl Weiss a Zvěřina v roce 2008 v ČR jako srovnávací vyplývá, že mimomanželskou sexuální zkušenost přiznala v roce 1998 téměř ½ vdaných žen a téměř ⅔ ženatých mužů. V roce 2008 už je toto přiznání jen u 34 % vdaných žen a 55 % ženatých mužů. U žen se jednalo o delší známosti, zatímco u mužů to byly spíše příležitostné styky. Celkem 39 % žen a 25 % mužů považují tyto styky za morálně nepřipustné a ostatní se k nim staví tolerantně (<http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>).

Pokud jedinec v mimomanželském vztahu najde silné emocionální vazby, narušuje se manželství a rodinný život. Tato rodina velmi obtížně plní své funkce.

2.4 Funkce rodiny

Podle Vymětala (2003) má v současné době rodina v zemích s rozvinutou průmyslovou civilizací spíše spotřební charakter a tím se mění její funkce, neboť ty tradiční předává společenským institucím. Funkce rodiny dělí do čtyř základních, které by měly být plněny současně:

- „a) Reprodukční: Slouží k udržování lidského druhu prostřednictvím historií osvědčené instituce-rodiny. Jinak řečeno – pro vývoj a výchovu dítěte je nejlepší, vyrůstá-li v úplné a harmonické rodině. V rámci této funkce jsou uspokojovány i sexuální potřeby rodičů. Je zajímavé, že pohlavní styk u člověka jako u zatím jediného známého živého tvora neslouží pouze reprodukci, ale jeho účelem je i udržovat pozitivní citové vazby mezi rodiči a optimalizovat tak prostředí, kde děti vyrůstají.*
- b) Ekonomicko-zabezpečovací: Rodiny sice v současné době přestaly být samostatnými výrobními jednotkami, bez základního materiálního zajištění ovšem rodina nemůže existovat.*
- c) Socializačně-výchovná: Zde jde především o poskytnutí výchovy a vzdělání dětem s cílem jejich bezproblémového zařazení do širší společnosti.*
- d) Citově intimní: Rodina poskytuje všem svým členům jistotu, zázemí, vzájemně důvěrné a intimní vztahy, spolu s vědomím sounáležitosti. Je místem, kde si tyto hodnoty její členové „nemusí zasloužit“, ale jsou součástí každé funkční rodiny. Tvoří domov, jehož*

základními atributy jsou akceptace a bezpečí. Tato akceptace je zásadní. Zmíněná charakteristika ovšem nevylučuje nedorozumění, konflikty apod., ovšem rámec veškerého dění v dobré rodině tvoří vzájemné přijetí. Dnes se ukazuje stále zřetelněji, že význam citově intimní funkce rodiny roste, je však „křehká“. Nastane-li krize, bývá tato funkce jejímu náporu vystavena jako první a v soužití manželů (rodičů) a dětí bývá nejnáze narušena.” (Vymětal, 2003, s. 90-91)

Pokud výše uvedené funkce nejsou v souladu, může být rodina afunkční. V dnešní době se často hovoří o krizi manželství, jejíž původ vychází z nepochopení a neplnění rodičovských rolí, velké zaměstnanosti matky, která řídí chod domácnosti a nezřídka finančně zajišťuje celou rodinu, vzájemného narušení komunikace partnerů (rodičů) a úzce souvisí s velmi omezeným časem tráveným s dětmi. Tato krize může způsobit stresující rodinné prostředí, které vede k rozpadu soužití nebo ve formální pokračování se zřetelem na děti, z důvodů majetkových a dalších. Členové rodiny mohou hledat útočiště v jiných vztazích, např. rodiče v mimomanželských a děti v partách vrstevníků. Stresující prostředí narušuje výchovnou atmosféru dětí a může vést k poruchám jejich chování. Pokud je tomu naopak a krizové jevy se vyskytují v rozumné míře, nebo pouze ojediněle plní rodina své funkce a má nezastupitelné místo v životě člověka pro jeho vývoj. Klidné rodinné prostředí má vliv na žádoucí sociální chování všech členů rodiny (Nakonečný, 2009).

2.5 Vliv rodiny na jedince podle jejich typů

Podle Vymětala (2003) má každá rodina své určité znaky. Prvním z nich je schopnost transformace a vývoje charakteristická proměnou a vývojem v čase s následnými změnami ve vztazích, např. odchod dítěte z domova, ztráta zaměstnání rodiče apod. Další je částečná otevřenost a interakce s vnějším prostředím, např. kontakt s přáteli, sousedy. A důležitá jsou stanovená pravidla a řád, udržující rodinu funkční. Podle těchto vlastností rozdělujeme rodinu na několik typů:

- ✓ *Rodina uzavřená: Vymětal (2003, s. 94) ji popisuje: „ Pro takovou rodinu je typická nepropustnost vůči okolnímu světu a jeho vlivům. Uvnitř vládne rigidní a přesně*

dodržovaná pravidla opírající se o rodinné mýty a legendy („lidem nelze věřit“, „rodič má vždy pravdu“ apod.). Základní struktura je konzervativní – jeden z rodičů zpravidla výrazněji dominuje, děti (případně i dospělé děti) se musí podřizovat. Členové rodiny nemívají vlastní soukromí, nápadná je vzájemná kontrola. Vnější svět je vnímán spíše jako nebezpečný, ohrožující, proto mu není důvěřováno, rodina se izoluje, návštěvy jsou nežádoucí apod. Takto uzavřená rodina nemá možnost se vyvíjet. Vycházejí z ní zpravidla podivíni, pro které je typická podezřivost, vztahovačnost, případně i vyšší úzkostnost.” Tato rodina nevytváří zdravé rodinné prostředí pro vývoj dítěte a jeho začlenění do vrstevnických, pracovních, zájmových i jiných skupin se jeví jako problematické.

- ✓ *Rodina koaliční:* rodina, která je afunkční, pro děti patogenní, neurotizuje je a většinou se rozpadne. Tato rodina netvoří celek, ale je vnitřně členěna na jednotlivé skupiny, které mají mezi sebou tenzi a nerozumí si. Neexistuje společný rodinný život, žádná společně platná a dodržovaná pravidla. Ta jsou v jednotlivých skupinách proměnná a odlišná i s cílem jednoho rodiče snižovat autoritu druhého a získat větší přízeň dětí (Vymětal, 2003).
- ✓ *Rodina chaotická:* jak sám název napovídá, v této rodině chybí základní pravidla rodinného života, nebo se některá z nich dodržují velice sporadicky. Rodině vládne chaos, každý dělá, co potřebuje v danou chvíli, s velkými potížemi se na něčem dohodnou, časté jsou konflikty, ale nikomu to v podstatě nevadí. V případě ohrožení se členové rychle semknou a společně brání. Z pohledu propustnosti k okolnímu světu jsou tu časté a vítané návštěvy. Vymětal (2003, s. 95) uvádí: „*Obrazně lze takovou rodinu nazvat hysterickou a také dost často má některý z rodičů výraznější povahové rysy, jež s touto poruchou souvisejí.*”
- ✓ *Rodina vyrovnaná a stabilní:* tato rodina se neustále vyvíjí neboť je propustná vnějšímu světu s jasnými hranicemi a získává nové informace, podle nichž se řídí a učí. Uvnitř rodiny jsou jasně stanovená pravidla, která platí pro všechny a mění se, pokud jsou nefunkční. Občasné odchylky od stanovených a závazných pravidel se omlouvají. Typický je vyrovnaný, pohodový a vzájemně se doplňující vztah mezi rodiči. Konflikty a neshody řeší bez odkladů a diskusí. „*Tento typ rodiny je žádoucí zvláště pokud jde o osobnostní vývoj dětí. Typ vyrovnané a stabilní rodiny poskytuje*

jejím členům domov – bezpečí, zázemí a jistotu, pro děti je dobrým modelem pro život v dospělosti.”(Vymětal, 2003, s. 95)

2.6 Děti ohrožené rodinným prostředím

Nejpřirozenějším prostředím pro zdravý vývoj dítěte je funkční rodina, která mu poskytuje domov. Dítě se v ní cítí bezpečně, učí se žádaným vzorcům chování, tvoří se jeho osobnost pro život. Ne vždycky tomu tak je, a pokud rodina neplní své funkce, může být toto prostředí pro dítě i nebezpečné z hlediska jeho dalšího vývoje. Neodpovídající péče o dítě může mít různé podoby, které mohou být ve vzájemné kombinaci. Často se v této souvislosti hovoří o dětech týraných, zneužívaných, zanedbaných a psychicky deprivovaných:

- ✓ *Týrané dítě* – může být týráno fyzicky (tělesné tresty), psychicky (posměšky ke vzhledu jedince) a Münchhausenův syndrom v zastoupení (rodiče z touhy o pochvalu za vzornou péči o dítě ho různým způsobem zraňují, nebo předstírají nejruznější potíže dítěte a dožadují se i nepříjemných vyšetření pro něj).
- ✓ *Zneužívané dítě* – může být zneužíváno pro delikty (krádeže), pro provádění náročné a nevhodné práce, ale také se může jednat o sexuální zneužívání (bezdotykové – sledují pornografické záznamy, kontaktní – ohmatávání, pohlavní styk). Sexuálnímu zneužívání jsou častěji vystaveny dívky osobou z užší či širší rodiny, méně častěji jde o zkušenost s pedofilním mužem. Zneužívání může mít negativní dopad na vývoj sexuální role, identity a navazování intimních vztahů. Bohužel dochází k takovýmto traumatizujícím zážitkům často i u děvčat v dalších generacích.
- ✓ *Zanedbané dítě* – např. v oblasti hygieny, výživy nebo vystavování stresujícím zážitkům.
- ✓ *Psychicky deprivované dítě* – při déletrvajícím neuspokojení potřeby lásky, citového vztahu (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, Vymětal, 2003).

Vycházíme-li z rodinného prostředí, ve kterém k neadekvátní péči o dítě dochází, jsou rizikové faktory na straně rodičů i dítěte i prostředí.

- ✓ *Rizika ze strany rodičů:* Říčan, Krejčířová a kol. (2006, s. 295) uvádějí: „*Porucha je jen v malém procentu případů (asi 5-10 %) podmíněna individuální psychopatologií rodičů samých – především vliv těžké deprese, závislosti na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, eventuálně i vliv psychotických poruch nebo poruch osobnosti u rodičů. Mezi nejzávažnější rizika patří především negativní zážitky rodičů samých z jejich vlastního dětství – do rizikové skupiny tedy patří rodiče, kteří byli sami v dětství deprivováni, týráni či zneužíváni.*”
- ✓ *Rizika ze strany dítěte:* více jsou ohroženy postižené děti nebo děti s menší adaptabilitou a vyšší reaktivitou (plačtivé, neklidné).
- ✓ *Rizika ze strany prostředí:* v nebezpečí jsou rodiny v náročných životních situacích s častými konflikty, stresem, chudobou, špatnou ekonomickou situací rodiny apod. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

3 PROFESE SESTRY

Současná podoba profese sestry u nás vznikla na podkladě vývoje ošetrovatelské činnosti, která byla ovlivněna třemi trendy. Prvním byla charitativní péče, dále rozvoj medicíny a poslední byl vliv ženského a národnostního hnutí. Na podkladě těchto trendů se z ošetrovatelek poskytujících charitativní pomoc v základních lidských potřebách, stávaly pomocnice lékaře plnící jeho pokyny u nemocných v nemocnici i domácnostech. Rozvoj medicíny, nutnost samostatnější činnosti ošetrovatelek, doposud byly pod neustálým dohledem lékařů, a emancipační hnutí umožnilo jejich vzdělávání. Neodmyslitelný vliv na rozvoj ošetrovatelství měla Florence Nightingalová, která založila v Londýně v roce 1860 první ošetrovatelskou školu. Prosazovala ošetrovatelství jako autonomní povolání, které je podřízené povolání lékařskému, ale především je s ním spojené.

V českých zemích vznikla první ošetrovatelská škola v roce 1874 v Praze, byla první svého druhu v Rakousku - Uhersku a její existenci výrazně ovlivnila česká spisovatelka Karolina Světlá. Počet škol, jejich úroveň a kvalita vzdělávání se neustále měnily a přizpůsobovaly zvyšujícím se požadavkům na činnost sester, později i vlivem obou světových válek. Avšak socialistickým pojetím sesterské profese došlo k zásadním změnám. Dosavadní rozvoj kvalifikovaného vzdělávání v ošetrovatelství byl zastaven a posunut do nejnižší věkové

kategorie na světě. K náročné profesi se připravovala sociálně nezralá mládež, která postrádala např. vnímavost, komunikativnost, odpovědnost. V době tzv. socialismu byla profese sestry velmi váženou (Bártlová, 2005, Kutnohorská, 2010).

Do devadesátých let 20. století měla příprava na profesi zdravotní sestry (nyní všeobecné sestry) tradiční pojetí a byla založena na nesamostatnosti sestry, která plně uznává rozhodnutí lékaře a je pouze vyškolenou a kvalifikovanou asistentkou. Zaměřovala se na praktické činnosti založené na zkušenostech, na nemoc a pacient jako člověk byl v pozadí. Profese sestry byla plně závislá a podřízená lékaři, nebyla autonomní činností. Kutnohorská (2010, s. 115) uvádí: „*Sestra byla akceptována jako asistentka lékaře a nikoliv jako rovnocenná členka zdravotního týmu, která je specialistkou v ošetrovatelském oboru. Převážná část zdravotnických odborníků i sester samotných pokládala ošetrovatelství jen za praktickou činnost.*”

Velké změny zásadního charakteru v pojetí zdravotní péče, přinesl rok 1989 se změnou společenského a politického života. Vlivem transformace ošetrovatelství dochází ke změnám legislativy, praxe i vzdělávání sester a zvýšení jejich kompetencí. Cílem ošetrovatelství je podpora a upevnění zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírnění utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Novým pojetím se ošetrovatelství stává autonomním vědním oborem s teorií uplatnitelnou v praxi, zaměřenou na zdraví, nemoc a kvalitu života jedince. Změnila se i role sestry.

3.1 Osobnost sestry a její role v ošetrovatelství

Novým, moderním pojetím ošetrovatelství došlo i ke změně poslání a role sestry. Podle Výrosta a Slaměníka (2008) pojem role vyjadřuje určité chování, které se od daného jedince očekává v souvislosti s jeho postavením, nebo-li pozicí. Z hlediska samostatnosti má sestra určitou závislost na lékaři, ale je především odborníkem v ošetrovatelství s rolemi společnými pro zdravotnické pracovníky (viz podkapitola 3.2), ale i novými autonomními rolemi, které jsou pro ošetrovatelství specifické:

- ✓ *Ošetrovatelka* – poskytuje ošetrovatelskou péči.
- ✓ *Asistentka lékaře* – zajišťuje diagnosticko-terapeutickou péči.

- ✓ *Koordinátorka a manažerka* – plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu, spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu i rodinou pacienta.
- ✓ *Edukátorka* – učí nemocného i jeho rodinu péči např. o chronickou ránu.
- ✓ *Advokátka pacienta* – vnímáme tři roviny (advokátka, obhájkyň, ochránkyň) a v případě nemožnosti pacienta dorozumět se, stává se jeho mluvčím, zastáncem a ochráncem.
- ✓ *Výzkumnice* – podílí se na výzkumu (Farkašová, 2006).

Role sestry vyžaduje i kompetence v oblasti emocionální, které souvisí s autoregulací vůči zátěžovým faktorům a situacím, také schopností empatie. Dále sociální, požadované na vysoké úrovni, zajišťující kvalitní komunikaci. Teoretické znalosti související s intelektem, pamětí a myšlením. Technické kompetence, neboť pro ošetrovatelství je nutná šikovnost a zručnost se znalostí postupu i manipulace s přístroji. V neposlední řadě i filozofické a etické.

Jak z pohledu vzdělání tak výkonu povolání je ošetrovatelská profese velice náročná a je nutné, aby sestra disponovala určitými osobnostními a charakterovými vlastnostmi. Osobnost je podle Výrosta a Slaměníka (2008) souhrn vlastností a schopností, které jsou dány statusem a vyplývají z její role. Osobnost obsahuje specifické vnější reakce, které vyplývají z povinností a práv vzhledem ke statusu. Už Florence Nightingalová vytvořila požadavky pro osobnostní výbavu ošetrovatelek, které dnes tvoří základy etickému kodexu sester, vyjadřující profesionální zásady chování. Patří mezi ně např. svědomitost, počestnost, rozhodnost, rozvaha, dobrosrdečnost, empatičnost i dobrá pozorovací schopnost, kterou významně vyzdvihuje. Domnívá se, že pacient na sestru spoléhá a důvěřuje jí. Každá sestra má mít ke své profesi úctu, neboť ovlivňuje zdraví jedince i jeho kvalitu (Kutnohorská, 2010). Sestra musí vycházet především z individuality každého pacienta a jako jedinečné bytosti k němu přistupovat.

Zárukou kvalitní sestry jsou tedy určité osobnostní vlastnosti a dovednosti, protože vytváří atmosféru na pracovišti, v týmu i mezi pacienty, posiluje kvalitní interpersonální vztahy, zjišťuje potřeby pacientů a možnosti jejich rodiny a blízkých osob, aktivně s nimi komunikuje, posiluje sebedůvěru pacientů, edukuje a trpělivě vysvětluje. Neustále se vzdělává, prohlubuje znalosti a získává nové poznatky ve svém oboru. Pro profesi sestry jsou nutné osobnostní předpoklady, do nichž zahrnujeme:

- ✓ tvůrčí přístup, kritický i sebekritický, kterým sestra řeší vzniklé problémy
- ✓ empatii
- ✓ schopnost porozumění
- ✓ klidné vystupování, trpělivost a ovládnutí se
- ✓ smysl pro humor, nikoliv v podobě smát se pacientovi, ale s ním (Kutnohorská, 2010, Zacharová, Šimíčková - Čížková, Littva, 2010).

Psychologové se ve svých studiích zabývali osobností sestry a testovali u nich např. hodnotovou orientaci, motivaci, inteligenci, sociální pozadí a další vlastnosti. Výsledky jsou rozporuplné, ale často se objevuje vyjádření, že úspěch sestry je dán její sociálně zralou osobností. Ta představuje orientaci na potřeby druhých, toleranci, schopnost spolupráce, přizpůsobivost i schopnost odpovědnosti za druhé a na jejich základě se může dobře identifikovat se svou profesí. Významným činitelem pro tyto osobnostní předpoklady je první sociální skupina a to rodina, ve které důležitou roli hrají vzory (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003).

3.2 Role společné pro zdravotnické pracovníky

Ve zdravotnictví pracuje celá řada zdravotnických profesí i jiných odborníků, avšak role lékaře a sestry mezi nimi představuje nejdůležitější pozici. Ve své podstatě jsou shodné u obou skupin, ale nelze je zaměnit. Jednání je ze specifického hlediska stejné jak u lékařů, tak u sester, ale odlišnosti jsou v odborných znalostech a kompetencích. Současné pojetí role lékaře se datuje poslední třetinou 19. století, přestože jejich činnost je známa již ve starověku. Činnost lékaře je zaměřena na člověka, obecně je zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku nemoci a její odstraňování a na záchranu ohroženého lidského života. Lékař i sestra musí pro výkon své profese disponovat určitými znaky role. Patří mezi ně sociocentrismus, universalismus, emocionální neutralita a funkční specifita (Bártlová, 2005).

- ✓ *Sociocentrismus* – znamená kolektivní orientaci a je hlavní hodnotou role sestry. V tomto případě při výkonu svého povolání vychází lékař i sestra ze zájmů pacienta a druhých osob. Znamená to, že pacientovo blaho staví nad své zájmy, starají se o

optimální péči z pohledu diagnostiky, terapie a ošetřování, nevyužívají pacienta a dodržují mlčenlivost o všem, co se o pacientovi dozví při výkonu svého povolání, až na určité výjimky. Tato role vyžaduje značné psychické i morální nároky a je spojena se schopností sebezapření a výraznou motivací.

- ✓ *Univerzalizmus* – tato role musí být zásadně směřována na každého jedince považovaného za nemocného. Znamená to, že případná vztahová oblast lékaře a sestry zahrnuje všechny členy společnosti a v roli pacienta může být každý člověk, neboť nemoc je v této souvislosti univerzálním jevem. Lékař a sestra mají stejný přístup ke všem pacientům bez ohledu na sympatie či antipatie.
- ✓ *Emocionální neutralita* – lékař a sestra kontrolují svou emocionalitu a jednají bez její účasti. Jejich postoj není bezcitný, ale chápou pacientovi pocity a vykazují porozumění bez plného rozvinutí. Emocionální neutralita se váže především na pocity, které narušují vliv na léčení a ošetřování pacienta (Bártlová, 2010).
- ✓ *Funkční specifita* – je nejdůležitějším znakem role lékaře. Znamená nutnost faktického i formálního odborného oprávnění pro výkon povolání. Odborné oprávnění je vymezeno určitým odborným vzděláním. Kompetenčnost jednotlivých lékařů a sester je zúžena ve spojitosti s pokračující specializací. Kompetence může být v nemocnici omezena horizontálně, tedy oddělením, na kterém pracují (gynekologie, ortopedie aj.) se zaměřením na určitou skupinu chorob s jejich diagnostikou, léčbou a ošetrovatelskou péčí. Stejně tak je kompetence vymezena vertikálně, tedy pozicí ve struktuře skupiny, protože rozhodovací právo primáře či vrchní sestry je odlišné od řadového lékaře i řadové sestry (Bártlová, 2010).

Moderní společnost klade na zdravotnické pracovníky nové nároky. Zejména lékaři mají v současnosti i jiné role a to z pohledu jeho funkce např. role podnikatelská, manažerská, zaměstnanecká, technická, administrativní i politická. Ze sociologického pohledu vznikají u lékařů konflikty rolí, protože mají profesní autonomii při nynějších značných možnostech medicíny a na druhou stranu omezené finanční prostředky (Bártlová, 2010).

3.3 Fyzická a psychická náročnost profese

Fyzická zátěž pro sestry, týkající se více sester lůžkových oddělení, představuje statické a dynamické zatížení pohybového aparátu (páteř, svaly, klouby), také dochází k narušení klidného a pravidelného stravování, pitného režimu, rizika infekce, setkání se jedince s hlukem a chemikáliemi. Tato zátěž je různé intenzity v závislosti na oddělení, kde sestra pracuje, počtu a skladbě pacientů a jejich zdravotním stavu. Fyzická zátěž je vyvolána manipulací s pacientem, materiálem a prádlem. Největší zátěž představují pacienti s poruchou soběstačnosti a sebezpečí, imobilní a s vyšší mírou závislosti, nebo zcela závislí na péči sestry. Jsou hospitalizováni na oddělení chirurgie, ortopedie, intenzivní péče a specifických odděleních, kde pacienti vykazují vysoký stupeň fyzické závislosti např. léčebny pro dlouhodobě nemocné a rehabilitační ústavy (Vévoda a kol., 2013, Bartošíková, 2006).

Důležité je proto při práci sestry dodržovat stanovené postupy (např. při ředění dezinfekčních prostředků), používat ochranné pomůcky a péči o pacienty zajišťovat ve spolupráci s ostatními členy týmu s použitím dostupných pomůcek (např. pohyblivá deska pro překlad pacienta na jiné lůžko). Vévoda (2013) jako možnost snížení vlivu fyzické zátěže ještě doporučuje, aby tuto práci, při její kumulaci, vykonávali muži, na oddělení byl zajištěn přijatelný počet personálu a provedeny úpravy prostoru.

Riziko psychické zátěže je způsobeno zvýšenou pozorností sestry, nutností pečlivého sledování, rozhodování, reagování, jednání i při malém množství informací, kombinací náročné práce pod časovým tlakem, směnová a noční práce, styk s pacienty v závažném a život ohrožujícím stavu, pocity bezmoci, vnímání lidského utrpení, bolesti a konfrontace se smrtí. Náročnost spočívá i v konfliktnosti rolí sestry (obtížná spolupráce, časté přesčasy, plnění povinností někoho jiného), nízké nebo žádné zpětné vazby, nedostatečného ohodnocení, celoživotního vzdělávání, ale i z důvodů konfliktních interpersonálních vztahů na pracovišti. Práce vyžadující střídání směn a nepřetržitý provoz vyžaduje od sester vysokou míru adaptability a flexibility. Nemohou často realizovat společné akce s rodinou a přáteli, často se mění pracovní volno. Dochází k ovlivnění rytmu spánku a bdění, proto se jedinci cítí často unaveni a neodpočati (Vévoda a kol., 2013, Bartošíková, 2006).

Nutno podotknout, že psychickou zátěž můžeme přirovnat k jisté míře stresu, která je pro sestru z krátkodobého hlediska přínosná, neboť mobilizuje její schopnosti a dovednosti. Stres

jako obranná reakce chrání náš organismus před poškozením, tvá-li však delší dobu, dochází k vyčerpání jedince a situaci hodnotíme nebezpečnou pod vlivem vysoké psychické zátěže.

Jako prevence je možnost rozhodování i při vysoké náročnosti práce, zpětná vazba, podpora rodiny a blízkých, dodržování psychohygieny, dostatek personálu na pracovišti včetně kvalitních interpersonálních vztahů (Vévoda a kol., 2013).

Výsledkem nadměrného přetížení může být řada onemocnění psychosomatických (hypertenze, ischemická choroba srdeční) a psychických (deprese), únik k rizikovým a nebezpečným aktivitám (alkohol, nevěra, krátkodobé intimní vztahy na pracovišti) i ztráta motivace k práci a syndrom vyhoření (Vévoda a kol., 2013, Bartošíková, 2006).

Vlivem působení psychické zátěže, krátkodobé či dlouhodobé, i vlivem osobnostní charakteristiky sestry (nadměrná zodpovědnost) může dojít ke vzniku syndromu vyhoření. Jobánková a kol. (2006, s. 198) ho definuje: „*Syndrom vyhoření (někdy nazývaný také syndrom vyhaslosti, vypálení apod.) je stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost.*” Vzniká nejčastěji na podkladě citově náročné práce v kombinaci velkého očekávání a dlouhodobého stresu při práci s lidmi. Osoba prochází několika fázemi. Nejprve je *nadšena*, pracuje i nad rámec svých povinností. Má spoustu ideálů jak pečovat o nemocné a poskytovat kvalitní péči. Po letech praxe se snižuje nadšení, práce jí zevšední, pacienti ji obtěžují, přichází *stagnace* a později i *frustrace*. Práce sestru nenaplňuje, pátrá po smyslu a bilancuje. Fáze frustrace je zlomová, protože při uvědomění si tohoto stavu a jeho řešení přichází *fáze nové mízy* se zaujmutím pozitivního postoje. Pokud nedojde ke kladné změně nastává apatie a sestra provádí jen nejnutnější práci, pacienta označuje jako „ON”, odpočítává minuty do konce pracovní doby a uzavírá se do sebe, ztrácí sebevědomí. Pokud nenastane změna, projeví se *syndrom vyhoření*. Jeho projevy jsou somatické (únava, poruchy spánku, nechutenství), emocionální (agrese, vznětlivost) a sociální (uzavřenost před okolním světem, samota). Velkým nebezpečím jsou až těžké deprese, které mohou končit sebevraždou (Bártlová, 2005, Jobánková a kol., 2006).

Nutná změna může být vnější (změna povolání) nebo vnitřní (koníčky, relaxace, přátelé, rodina). Nevhodným východiskem je užívání léků na povzbuzení nebo uklidnění, požívání alkoholu a jiných návykových látek. Dotyčná osoba potřebuje pomoc od rodiny, přátel, pracovního kolektivu a někdy i odborníků (psycholog, psychiatr), protože už to sama nedokáže.

Dobrou prevencí se jeví péče o své zdraví, relaxační techniky, dobré interpersonální vztahy, vzdělávání např. v oblasti jazyků, manuálních dovedností, také péče nadřízených o své zaměstnance (poskytnout ocenění, plány dovolených, včasné rozpisy služeb) (Jobánková a kol., 2006).

3.4 Týmová spolupráce

Pro zajištění vysoké kvality zdravotní péče je bezpodmínečně nutná i týmová spolupráce lékařů a sester. Vytvářením pracovních týmů vznikají nové a měnící se skupiny pracovníků, kteří zvládají další úkoly a funkce. Tým nelze jednoznačně definovat, ale má společné znaky. Patří mezi ně počet členů (3 a více), vzájemná interakce, vnímání společné identity, uvědomění si sebe navzájem, kolektivní normy a cíle. Důležitá je i kolektivní zodpovědnost, určitá míra autonomie a plnění týmových funkcí (úkol v týmu, role, pozice v interpersonální interakci a vlastní osobnost). Cílem týmu není opakování úkolů, ale často provedení a řešení určitého úkolu, na kterém spolupracuje více odborníků z řad lékařských i nelékařských profesí, např. lékař, sestra, psycholog i další. Pomocí týmové práce, která vyžaduje komunikaci, spolupráci, ochotu naslouchat, řešit nastalý problém a činit kompromisy, můžeme dosáhnout zvyšování úrovně vztahu lékař a sestra, také provázanost péče, její následnost a zvýšení kvality a efektivnosti spolupráce mezi lékařem a sestrou. Ti se v rámci péče o pacienta, pravidelně a opakovaně setkávají z důvodu předání informací, úkolů a sdělení pro zabezpečení ideálního průběhu léčby a ošetřování (Vévoda a kol., 2013). Při propojení ošetrovatelství a medicíny, které je žádané, dochází k velmi těsné spolupráci „bok po boku” i společné interakci lékaře a sestry s cílem spokojenosti pacienta (Sweet, Norman, 1995).

V týmu existují specifické vztahy, neboť v něm neexistuje dělba práce, ale každý člen týmu vykonává činnosti na základě odborné specializace a reciproční dohody. Diagnostika a léčba chorob je plně v kompetenci lékaře, sestry jsou odbornice v ošetrovatelství. Všichni v týmu jsou si rovni, neexistuje pozice nadřízenosti a podřízenosti a velmi úzká a blízká spolupráce mezi lékařem a sestrou se rozvíjí na podkladě partnerského vztahu, přestože praxe nad tímto tvrzením zaostává. Pro opak je nutné dosáhnout změny v myšlení lékařů i sester (Bártlová, 2010).

V případě, že je tým tvořen pouze sestrami hovoříme o ošetrovatelském týmu, jehož koncepce se vyvinula v padesátých letech 20. století. Snahou je zvýšení spokojenosti pacientů a řešení problémů týkajících se fungování ošetrovatelství. Cílem ošetrovatelského týmu je poskytovat osobní přístup při péči o pacienta a odstraňování rozdělené péče (Cherry, Jakob, 2002).

Předpokladem úspěšné týmové práce lékařů a sester je identifikace s cíli týmu, vzájemná kvalitní komunikace, dodržování skupinových norem, odpovědnost v týmu, vzájemná důvěra, uznání, respekt, konstruktivní kritika a soudržnost (Vévoda a kol., 2013).

3.5 Profesionální vztah lékaře a sestry

Změny, které nastaly v ošetrovatelství a tím i povolání sestry, se promítly i do vztahu mezi dvěma velice závislými profesemi ve zdravotnictví a to lékařem a sestrou. S vysokými požadavky na profesi sestry došlo i ke změně přípravy na povolání a možnosti sester se vysokoškolsky vzdělávat. Plná podřízenost lékaři a pozice pomocnice se změnila a takto vzdělané sestry mají i své autonomní role, nezávislé povinnosti, pravomoce a odpovědnost za pacienta. Podle Zvoníčkové a Jirkovského (2006) způsobil vývoj medicíny a ošetrovatelství, že se vzdělané sestry neztotožňují s tradičním chápáním svého poslání. Získávání vyšších kompetencí přináší nové výzvy. Ve vztahu s lékařem by měli být rovnocennými partnery, kteří jsou spolu v každodenním kontaktu, jejich spolupráce je velmi blízká a úroveň jejich vztahu je profesionální, neboť ovlivňuje péči o pacienta, ale také atmosféru mezilidských a pracovních vztahů na daném pracovišti. Bártlová (2010, s. 64) uvádí, že: *„Pracovní vztahy chápeme jako výsledek působení lidí ve specifické skupině, která se vyznačuje sociometrickými prvky a zákonitostmi. Jsou jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti, a proto vyžadují mnohostranný přístup. Kvalita pracovních vztahů ovlivňuje nejen spokojenost jejich účastníků, ale také podaný výkon i jeho kvalitu.“*

Vzájemná interakce mezi lékařem a sestrou je často předmětem zkoumání z pohledu genderovského přístupu, ve kterém mohou být ženy často v nevýhodě pro svou gender identitu (pohlaví ve smyslu biologickém, kulturním, psychologickém a společenském). Toto potvrzuje i Wicksová (1999) na základě rozhovorů s lékaři a sestrami v Austrálii, protože podle ní gender ovlivňuje i formuje a neguje značnou část dění na nemocničním oddělení. Svensson

(1996) doporučuje chápat vztah mezi lékařem a sestrou jako proces vzájemného vyjednávání a změny ve zdravotnictví upravují jeho podmínky, proto mají v současné době sestry možnost a prostor většího vyjednávání (Bártlová, 2005). Plaut (2008) uvádí, že diskriminace na základě pohlaví, může také zahrnovat sexuální obtěžování, které je definováno v americkém federálním občanském právu jako nežádoucí chování, vytvářející nepřátelské pracovní prostředí. Pachatelé jsou většinou muži a oběťmi ženy. Obtěžování nemusí mít vždy sexuální povahu, ale jde o nepřátelské a ponižující poznámky, vtipy a řeč těla směřující k ženám, nebo k jedné konkrétní. Lékaři křičí, jsou sarkastičtí a nezohledňují kompetence sester. Podle Zvěřiny (2002) se ve Spojených státech pokoušejí regulovat oblast interpersonálních vztahů uzákoněním specifického přestupku, kterým je sexuální dotěrnost. Všude, tedy i v pracovním vztahu, kde se setkávají muži a ženy, spolupracují a komunikují, můžeme diskutovat o vhodnosti či nevhodnosti projevu důvěrnosti a dvoření.

Sestry často uvádějí nespokojenost s nižším respektem některých lékařů k ošetrovatelství. Ten může být podmíněn a zakořeněn ve vedoucích lékařských pozicích s dominancí mužů. Vedoucí lékaři chápou často ošetrovatelství jako pomocnou profesi a sestru jako pracovníka v submisivním postavení, který respektuje lékaře a plní jeho ordinace a příkazy. Proto často tolerují nevhodné chování ze strany ostatních lékařů k sestrám. Autonomní role sestry chápou jako podceňování svých znalostí, kompetencí, odbornosti a nechťejí být kritizováni. Posílení pozice sestry ve zdravotnictví někteří lékaři chápou jako částečnou ztrátu svého výsostného postavení (Bártlová, 2005).

Kulichová (2007) uvádí, že obavy lékařů jsou neopodstatněné, neboť sestrám nepřísluší diagnostika a léčba nemocných. Budoucnost však může přinést i další změny. Podle Větvíčky (2011) vykazuje zdravotní péče všech zemí problémy s nedostatkem financí, narůstáním nákladů, se spoléháním na technologii vysoké úrovně a především s velkým počtem pacientů. V Americe se proto všichni (politici, analytici) při řešení těchto závažných problémů zaměřují na lékaře, ale zapomínají, že velice důležitou roli v poskytování zdravotní péče sehrávají právě sestry, které stojí mimo diskuzí o zdravotnictví. Proto se skupiny expertů věnovaly pouze roli sestry a byly vytvořeny studie s řadou doporučení. Zvyšující úlohu by měly mít „speciálně trénované zdravotní sestry“ (nurse practitioners) stojící mezi lékařem a sestrou. V Kanadě byla provedena studie, kdy dva ortopedi a tato speciálně trénovaná sestra vyšetřili 177 pacientů. Diagnóza sestry byla ve 100 % shodná s diagnózou lékařů, ale významným zjištěním bylo, že více jak 91 % pacientů své potíže a léčbu pochopilo při

vyšetření sestrou nežli lékařem. Celkem 96 % pacientů čekalo na vyšetření sestrou několik týdnů, na vyšetření lékařem by čekali 11 měsíců. Ne každý je z budoucí možné zvyšující se role sestry nadšen. Jedním z argumentů asociace amerických lékařů American Medical Association je očekávání pacientů, že budou ošetřeni lékařem a raději budou déle čekat.

V ČR existuje představa o rozšíření kompetencí sester v ambulantním sektoru. Týká se to péče o těhotnou ženu a sledování průběhu těhotenství před porodem mimo zdravotnické zařízení. Dále oblasti domácí péče, která se týká její samotné indikace, předpisu pomůcek pro domácí péči, posouzení zdravotního stavu pacienta a indikace péče např. praktickým lékařem. Třetí oblastí je rozšíření kompetencí sester v ordinaci praktického lékaře (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008).

Ne všechny sestry jsou z nově vzniklého vztahu s lékařem spokojeny. Kulichová (2007, s. 38) uvádí: *„Tento nový vztah mezi sestrou a lékařem je ne vždy přijat kladně. Ze stran sester se často setkáváme s tím, že nechtějí tuto svou samostatnou roli přijmout a spíše by raději zůstali v roli sestry jako pouhé pomocnice a asistentky lékaře. V dnešní době je tato role již přežitá a sestry se budou muset s novou situací v ošetrovatelství smířit.“* S tímto názorem se zcela ztotožňuji, protože původní vztah sestry a lékaře snižuje prestiž sesterské profese.

Pod vlivem velmi blízké a každodenní spolupráce i soudržnosti, při které spojení lékařů a sester dosahuje společných cílů a příjemných pocitů ve společnosti ostatních a na základě rozdílnosti pohlaví, mohou vznikat i neformální vztahy.

4. LÉKAŘ A SESTRA JAKO MUŽ A ŽENA

Muže můžeme charakterizovat jako agresivního, dobrodružství hledajícího, podnikavého, s tendencí bojovnosti a sebeprosazení, vyhledávajícího dobrodružství mimo domov. K nejvýraznějším rysům ženy patří empatie, mateřský pud a něžné city, zájem o věci týkající se domova. Ženy vyjadřují více emoce, častěji pláčou a nestydí se za to, jsou soucitnější se slabými a bezmocnými, dávají přednost domácím epizodám (Oakleyová, 2000).

„Mužské a ženské“ mozky nemusí korespondovat se sexuálním pohlavím jedinců. Jedinec ženského typu mozku (typ empatický) se častěji uplatňuje např. v oblasti péče o děti, školství, ošetrovatelství, personalistiky a všude tam, kde je vhodné disponovat empatií a sociální předvídatostí. Osoba mužského typu mozku (systematický typ) je úspěšná především ve vědě,

technice, hudbě, inženýrství, programování a finančnictví. Lidé vyváženého typu mozku (vyvážený mozek) se uplatní např. jako dobří lékaři, protože potřebují znalosti fyziologických systémů i psychiky pacientů (Baron - Cohen, 2004).

Rozdíly mezi pohlavím byly předmětem bádání v psychologii. Hlavním cílem na začátku zkoumání žen a mužů bylo, korelací biologického pohlaví a intelektových schopností, empiricky potvrdit nebo vyvrátit odlišnost žen a mužů v mentálních schopnostech. Modelem pro toto zkoumání byla odlišná anatomie mozku mužů, která předurčuje inteligenci, intelektuální a politické úspěchy mužů (větší moc a prestiž mužů). Závěr výzkumu zněl, že mezi muži a ženami neexistují žádné rozdíly v obecné inteligenci (Výrost, Slaměnik, 2008).

Podle Vyskočila (2006) je mozek mužů nepatrně větší než mozek žen, což nemá žádný vliv na jeho výkon a ženy v testech všeobecné inteligence dosahují o 3 % lepších výsledků. Většina mužů, oproti ženám, vnímá prostor trojrozměrně. Proto muži vynikají v orientačních hrách, navigaci a imaginárním otáčení předmětů. V oblasti verbální komunikace jsou muži méně sdílnější než ženy, mají lepší slovní zásobu, ale méně ji používají. Pokud chce muž se ženou úspěšně komunikovat a diskutovat, měl by nutně vědět, že žena užívá často slova, jejichž význam nemyslí doslova. V tomto případě jde o tzv. nepřímou řeč, na kterou mužovu reakci při jeho nepochopení, vnímá žena jako sarkasmus. Hlas mužů je ovlivněn hladinou testosteronu, protože čím vyšší je hladina, tím hlubší je hlas, a to ženy vábí. Ženy v pracovním kolektivu s hlubším hlasem jsou považovány za důvěryhodnější, inteligentnější a spolehlivější, ale méně sexy. Schopnost žen dělat současně různé věci, rychle a přesně posuzovat lidi a situace pomocí intuice, je způsobena ženským hormonem estrogenem. Estrogen podněcuje neurony k tvorbě většího počtu synapsí v mozku mezi oběma hemisférami a čím více je spojuj, tím je tato schopnost žen vyšší, zároveň je i plynulejší a dokonalejší řeč. Proto většina mužů, může dělat v jednu dobu jen jednu věc. Ženy hovoří s cílem udržovat vztahy a navazovat přátelství, muži při mluvě sdělují fakta. Ženy tedy chápou telefon jako prostředek pro udržování vztahů, muži jej používají jako prostředek ke komunikaci a přenosu faktů a informací. Ženy se chtějí od problémů osvobodit tím, že o nich hovoří a odlehčí je. Často přemýšlejí nahlas a hovoří o všech možnostech, nechtějí od muže nabídnutá řešení, stačí jim pokud naslouchá. Mlčení ženy bývá signálem rozzlobenosti. Pokud mlčí muž, je to z důvodu řešení nějakého problému, jeho mlčení není zaměřeno proti ženě. V pracovní skupině se muži o ženách, které přemýšlí nahlas, domnívají, že jsou málo inteligentní, roztržité a

nedisciplinované. Pokud chce žena udělat dojem, musí přemýšlet potichu a hovořit nahlas pouze o výsledcích a závěrech.

Naše budoucí sociální a sexuální chování je určitou měrou dáno geneticky, ale také výchovou a naučeným chováním.

4.1 Sexuální diferenciaci a determinaci

Každý jedinec, pokud se má stát mužem či ženou, musí projít bez škodlivých vlivů a bez úhony kritickými etapami sexuální diferenciaci. Muž a žena jsou rozdílní včetně svého chování, což lze vysvětlit pomocí determinaci biologické a sociální.

Biologická determinaci je vytvářena na podkladě skladby chromozomů, utvářením pohlavních žláz, diferenciaci zevního genitálu a diferenciaci mozkových struktur. Zda bude narozený jedinec muž nebo žena je dáno již okamžikem početí, který je v tomto případě rozhodující. Jeho genetické pohlaví je dáno chromozomem X nebo Y spermií. Karyotyp ženy je tedy 46 (XX) a karyotyp muže 46 (XY) a vzniká splynutím zárodečných buněk obou rodičů. Vývoj gonád je ze stejné zárodečné tkáně pro obě pohlaví do 5. až 6. týdne embryonálního života shodný. Rozdílnost je na podkladě Y chromozomu, neboť vlivem jeho přítomnosti se vytvoří testes a působením testosteronu zevní pohlavní orgány mužského typu. Ovaria se vytvoří z indiferentních gonád a ženský typ genitálu se vyvíjí bez hormonálního vlivu. Testosteron sehrává i další hlavní úlohu v biologické determinaci, protože jeho působením na buňky hypotalamu dochází k mužskému chování, chování i agresivitě. Pokud testosteron chybí „přebírají řízení chování“ buňky ženské zóny v jiné části hypotalamu (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, Rokyta, 2008).

Sociální determinaci zahrnuje určení matrikového pohlaví, rodinné prostředí a identifikaci s vlastním pohlavím a životní zkušeností s mužskou nebo ženskou rolí. Při určení matrikového pohlaví může, na základě omylu rodičů u dítěte s nedokonalou diferenciací zevního genitálu, dojít k zapsání do matriky pod opačným pohlavím. Rodiče, aniž by si rozdílnost ve výchově dětí podle pohlaví uvědomovali, ho tak i vychovávají. Tato výchova působí negativně, a proto je určení matrikového pohlaví považováno za kritickou etapu (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003). Zvěřina (2003) zmiňuje opakované popisy pseudohermafroditismu u obou pohlaví. V případě ženy se objevuje různě intersexuálně

malformovaný zevní genitál, který vypadá jako mužský. Dívka je omylem zapsána jako chlapec a rodiče ji tak vychovávají.

Sociální vlivy začínají působit na jedince ihned po jeho narození. Velice důležitou pozici má proto rodina, ve které dítě vyrůstá (viz kapitola 2) a v ní zejména identifikace se svou rolí (viz podkapitola 2.2). Pro upevnění určitého chování jedince jsou důležité i životní zkušenosti, které získává používáním osvojené role. Např. u ženy je zásadní, zda roli přijímá třeba i s výhradami nebo ji zcela odmítá na základě životních zkušeností, které její ženství zraňovaly (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003).

Mezi sociální vlivy, které na jedince působí, patří i společnost se svou morálkou (z latinského moralita, správné chování, znamená celkovou představu správného jednání ve společnosti). V popisném významu je to pojem pro to, čím se členové určité společnosti nebo skupiny opravdu řídí, co jejich společnost vyžaduje a co naopak odmítá (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Morálka>). V dějinách lidstva existují určité případy extrémních omezení pokud jde o sexualitu. Příkladem mohou být různá náboženství i totalitní politické systémy. I v USA, svobodné zemi neomezených možností, nevládně liberální sexuální morálka, např. v Severní Karolíně zakázali v roce 1985 jakoukoliv prezentaci odhaleného genitálu. Tento zákaz platí i pro výuku budoucích lékařů. Ve starověku bylo povoleno prakticky všechno, co nenarušovalo práva ostatních a postoj k pojetí sexuality byl velmi liberální. Stejně tak rané křesťanství se vyznačovalo ve věcech sexuálních výraznou tolerancí. I u nás má sexuální morálka určité mantinely, ale liberálnější je např. postoj demokratické společnosti k mimomanželským vztahům (<http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/167007-radim-uzel-poklesky-sexualni-moralky-se-opakuji-v-kazde-generaci.html>).

Moderní společnost nahlíží na sexualitu stejně ambivalentně jako kdykoliv předtím. S jistou liberálností by mělo být sexuální chování jedinců současnou společností dostatečně a účinně regulováno (Zvěřina, 2002).

4.2 Sexuální chování mužů a žen

„Sexuální chování lidí je výsledkem dlouhodobého evolučního procesu. Jde o velmi starou motivační strukturu, těsně spjatou se samotnou existencí druhu Homo sapiens. V populárním chápání sexuality se dosud uplatňuje koncepce „sexuálního pudu“. Tedy představa, že sex je

podobnou potřebou jako potrava nebo pití. Že se aktivuje vnitřním nedostatkem a vyznačuje se puzením k uspokojení. Jakmile je uspokojení dosaženo, vnitřní přetlak se „vybije“ a je nastolena dočasná homeostáza (Zvěřina, 2012, s. 8).

Realita lidské sexuality je komplikovaná a sexuální motivace, jako mocný vnitřní energetický zdroj, obsahuje prvky pudového chování. Seskupuje celé množství aktivit, které mají naznačovat sexuální zájem subjektu, také tento zájem navodit u objektů. Základem takového chování je sexuální atraktivita, která je dána přítomností sekundárních pohlavních znaků. V lidském chování máme pro sbližování dvojice označení koketování, namlouvání a párování (Zvěřina, 2003).

Lidské sexuální chování je párové povahy. Nejprve jde o výběr vhodného partnera a navázání pretaktilní interakce, ve které se při komunikaci sladují emoční stavy. Ta se mění v taktilní fázi a vzniká párový vztah. Rozdílné je sexuální chování mužů a žen. Základ tvoří biologické faktory a rozdílnost začíná odlišným vkladem rodičů obou pohlaví. Pohlaví s vyšším rodičovským vkladem je selektivnější v sexuálním výběru a věnuje se více péči o potomky, proto je strategie reprodukce z biologického hlediska odlišná u mužů a žen. Jelikož žena za svůj život vyprodukuje několik stovek vajíček, může porodit něco málo přes deset dětí. Naproti tomu muž produkuje denně desítky milionů spermií a při větším množství partnerek může mít početné potomstvo. Žena svou reprodukční výkonnost nezvýší větším počtem partnerů, ale muž zvýší počet svých potomků vyšším počtem partnerek. Z toho vyplývá dispozice mužů k vyšší sexuální promiskuitě a větší zájem o neosobní kopulaci. Žena je selektivnější a její sexuální chování se odvíjí od kvality vztahu a partnerovi samotnému (Zvěřina, 2012).

Motivační struktury, které řídí lidskou sexualitu, jsou evolučně velmi staré a mají obrovskou sílu. Jde o „pudovou“ motivační energii, kterou mnozí podceňují a která zajišťuje další existenci lidstva na planetě Zemi. Velmi mnoho činů se sexuálním motivem patří k nerozumným a neuváženým, neboť motivační energie narušuje nadvládu lidského rozumu a racionality nad naším osudem. Sex je zdrojem silných citů, pozitivních i negativních (Zvěřina, 2002).

Zvěřina (2003, s. 51) uvádí: „*Specifickým kulturním fenoménem je konzumní přístup k sexualitě. Zejména muži projevují ve všech známých společenských formacích znepokojivou tendenci k neosobní kopulaci.*” Muži mají asi o 400 % více erotické fantazie než ženy, sní o ženách v noci i ve dne. Muži sní o sexu, ženy sní o emocionálních prožitcích (Moir B., Moir

A., 2000). Muži mají tendenci ke konzumnímu sexuálnímu chování, ale ženy touží po citovém vztahu.

Na sexuálním chování dospělých lidí působí genetické vlivy, fetální gonády a fetální sexuální steroidy, rozdílnost tělesných znaků a zevního genitálu a část centrálního nervového systému (Zvěřina, 2003).

Sexuální chování muže a ženy probíhá na úrovni nervové a hormonální regulace a je pohlavně dimorfní. U obou pohlaví se v dospělosti uplatňuje osa hypothalamus – hypofýza – gonády a vyšší etáže centrálního nervového systému. U mužů funguje tato osa bez větších periodických výkyvů a u žen ji charakterizuje menstruační cyklus. Nelze při regulaci sexuálního chování opomenout součinnost několika systémů. První je vliv endogenních opioidů, které řídí výše zmíněnou osu. Další je regulace pomocí dopaminergního systému, kdy dopaminergní substance má inhibující účinek na hypofýzu, což snižuje sekreci prolaktinu, protože hyperprolaktinémie je spojena s útlumem sexuality. Stejně významné jsou neurotransmitery např. dopamin, prolaktin a endorfiny (Zvěřina, 2003).

Vývoj sexuálního chování souvisí i s vývojem společnosti, technickým vývojem (internet), přístupem dítěte k informacím a rozdílností mužské a ženské role. Stále trvá představa, že „chlapci budou chlapci“ a to znamená sexuální experimentování a aktivitu. Na děvčata se pohlíží jako na nepohlavní bytosti. Jejich zvědavost, sexuální zájem a zkušenosti snižují hodnotu dívek u rodičů i vrstevníků. Naopak nevinnost, neznalost a nezkušenost jsou kulturní hodnotou ženy (Weiss, 2010).

4.3 Namlouvání

Při namlouvání dochází k výměně verbálních i neverbálních informací mezi lidmi. Větší aktivita směřující k navázání párového vztahu je přisuzována mužům. Ženy používají „řeč těla“ i mimiku. Podle poznatků evoluční psychologie si muži vybírají plodné ženy a proto preferují mladé a tělesně atraktivní partnerky. Ženy zajímá ještě sociální status, peníze, pracovitost a proto hledají partnery vyššího věku. Také jsou při výběru více selektivní, jde jim o vztah, ve kterém je muž schopen postarat se o potomstvo. A to proto, že pokud žena zvolí špatně sexuálního partnera, zaplatí vyšší cenu oproti muži, protože do vztahu více investuje. Muži častěji než ženy mají krátké známosti, nevadí jim emoční chlad a také jsou ochotni

vztahu s neznámou ženou. Krátkodobých vztahů se dopouští i ženy např. pokud mohou jejich prostřednictvím získat výhody. Při namlouvání partnera je u žen na prvním místě svádivé oblečení a vše co jejich tělesnou atraktivitu zvyšuje. Muži předvádějí sílu a výkonnost, organizují večere, předávají ženě dárky a platí, že používají více možností pro získání vztahu s ženou. Při zjišťování nabídek mužů a žen v inzerátech byla objevena jasná rozdílnost. Žena je pro muže přitažlivá věkem, zdravím a přítulností, ale muž musí nabídnout zajímavé zaměstnání, dobré sociální a ekonomické poměry, zájmy, záliby a mnoho dalšího. Mužské i ženské pohlaví si udržují svébytnost, protože jejich potřeby a očekávání ve vztazích s opačným pohlavím jsou odlišné (Zvěřina, 2003).

4.4 Neformální vztah lékaře a sestry

Lékař je pro sestru vzorem medicínského umění, a proto ji může různě imponovat. Jeho hodnocení se pohybuje v rozmezí obdivu na jedné straně, až po nevážení si a pohrdání na straně druhé. Z hlediska přitažlivosti může být pro sestru lékař jako muž atraktivní. Dvojice lékař a sestra představují jednu z nejintenzivnějších kooperací v profesionálním vztahu. Prosperující spolupráce vyžaduje blízkost prostorovou (např. při kardiopulmonální resuscitaci), inteligenční (např. znalosti i zkušenosti vyplývající ze specializace profese) i psychickou (plynoucí z rolí povolání např. emoční neutralita). K zintenzivnění této spolupráce a vzájemných vztahů dochází zejména v emočně vypjatých situacích. Těmi mohou být příhody řešené na odděleních, kdy rozhodují vteřiny o záchraně lidského života. Souhra a dokonalé porozumění mezi lékařem a sestrou jsou nezbytné a nutné, oba jsou na sobě závislí, vzájemně si pomáhají, sestra může „podržet“ lékaře a jeden zachraňuje chyby druhého. Obecně platí, že vypjaté situace a společné intenzivní emoční zážitky lidi spojují a tak může dojít i k citovému jiskření.

Jednostranný zájem lékaře o sestru, kdy se jí dvoří a preferuje ji, může vést k zamilovanosti, ale také směšnosti, znemožnění a znevážení jeho přirozené autority. Může to být i naopak a odmítnutí lékaře vede z jeho strany k sekýrování, trestání, ponižování a hostilnému chování k sestře.

Pokud má sestra zájem o lékaře, snaží se upoutat jeho zájem, zalíbit se mu, což může být i přínosné. V takovém případě vykonává své činnosti s největší pečlivostí, ochotou a vstřícností

a upozorňuje tak na svoje přednosti. Tento zájem může skončit vztahem, nebo odmítnutím. Dotyčná se pak může trápit nešťastnou láskou, nebo intrikovat, mstít se a narušovat interpersonální vztahy na pracovišti.

Pokud nastane situace intimního sblížení obou partnerů, bývá narušen profesionální vztah. Lékař přestává mít možnost rozhodování dřívějším způsobem, který za stávající situace zastává spíše sestra. Ale může se i stát, v opačném případě, že zásadní slovo o rozhodování přebírá lékař a sestra se stává pouhou vykonavatelkou příkazů. Tato nepříznivá situace má vliv i na interpersonální vztahy na pracovišti a pracovníci tak mohou vztahu fandit nebo ho odsuzovat (Mellan, Mellanová, 1981).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE

Pro empirické šetření jsem stanovila jeden hlavní cíl a pět dílčích cílů, které hlavní cíl rozšiřují.

5. 1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit z pohledu sester, zda mezi zdravotnickými pracovníky, konkrétně mezi lékaři a sestrami, vznikají na pracovišti sester intimní vztahy, jaké faktory mohou ovlivnit jejich vznik a naopak zda existuje možný vliv těchto vztahů na spolupráci zdravotnických pracovníků.

5. 2 Dílčí cíle

1. cíl: Zjistit, zda má vliv na vznik intimního vztahu mezi sestrou a lékařem její rodinné zázemí, ve kterém vyrůstala.
2. cíl: Zjistit, zda kvalita partnerského vztahu nebo manželství sestry, může ovlivnit vznik intimního vztahu s lékařem.
3. cíl: Zjistit postoj sester k nevěře a zájem o lékaře jako muže.
4. cíl: Zjistit vzniklé intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky (lékař a sestra) podle současného pracoviště sester a charakterizovat tyto vztahy.
5. cíl: Zjistit, zda vzniklý intimní vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti a zda ovlivňuje kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni.

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Metoda výzkumu

Empirická část bakalářské práce je zpracována kvantitativní metodou výzkumu. Ke sběru dat jsem použila nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce (příloha B), přičemž pro tvorbu některých otázek mi byl vzorem dotazník diplomové práce Rybáčkové z roku 1992 (viz použitá literatura), která se ve své práci zabývala podobnou problematikou. Z dotazníku této diplomové práce jsem použila některé otázky, ale jejich znění není identické. Otázky jsem upravila podle cílů mé bakalářské práce a podle svého uvážení, včetně výčtu možných odpovědí. Z tohoto důvodu není možno provést srovnávací výzkumné šetření při interpretaci výsledků, ale rozdílné výstupy využiji v diskusi bakalářské práce a to v případě, kdy to výsledky práce Rybáčkové umožní, neboť její zpracování není vedeno identickým způsobem s touto prací.

6.2 Stanovení výzkumných otázek

V úvodu dotazníku byly respondentky seznámeny s pokyny pro jeho vyplnění a záměrem bakalářské práce. O anonymitě získaných dat byly ujištěny v jeho úvodu a závěru. Dotazník obsahuje 28 otázek, z nichž 4 jsou otevřené, 15 jich je uzavřených, 2 filtrační, 4 polouzavřené, 2 výčtové a 1 otázka je škálová. Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 jsou identifikační otázky výzkumného vzorku a zjišťují věk, rodinný stav, počet dětí, dosažené vzdělání respondentek, místo zdravotnického zařízení a oddělení, kde pracují. Vyhodnocení dílčího cíle č. 1 je pomocí otázek č. 7, 8 a 9, otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15 objasňují dílčí cíl č. 2. Ke zjištění dílčího cíle č. 3 slouží otázky č. 16, 17, 18, 19, 20 a 27, k dílčímu cíli č. 4 směřují otázky č. 21, 24, 25 a 26 a otázky č. 22 a 23 objasňují dílčí cíl č. 5. Otázka č. 28 dokresluje danou problematiku, neboť odpovědi na některé otázky zasahují do soukromého, rodinného a intimního života a proto mohly respondenty vybrat možnost, že nechtějí odpovídat a v této otázce vysvětlit důvody své volby.

6. 3 Pilotní výzkum

Pilotní výzkum byl proveden v městské nemocnici Severočeského kraje v okresním městě, v měsíci dubnu roku 2014 na oddělení interním, chirurgickém a anesteziologicko resuscitačním, které jsem vybírala záměrně. Důvodem bylo zaměření se na sestry pracující na těchto odděleních v otázce č. 6 dotazníku. Celkem se zapojilo 6 sester, přičemž z každého jmenovaného oddělení byly dvě sestry. Při pilotním šetření jsem ověřovala srozumitelnost otázek, také srozumitelnost, výstižnost a komplexnost nabízených odpovědí. Dále mne zajímalo, zda je způsob formulace otázek dostatečně citlivý a zda nějaké otázky sestry nepostrádají. Na základě diskuze byla provedena změna u otázky č. 21 a to vložím vsuvky o časovém údaji pro přesnější formulaci otázky.

6. 4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních v městské nemocnici Severočeského kraje v okresním městě a fakultní nemocnici hlavního města Prahy. Záměrně nebyly do výzkumného šetření zapojeny sestry pracující v ambulantní složce pro svůj specifický charakter práce, odlišný od sester pracujících na lůžkových odděleních.

6. 5 Organizace a průběh výzkumného šetření

Pro uskutečnění výzkumného šetření jsem nejprve neformálně oslovila vedení čtyř nemocnic. Jejich výběr byl z důvodu rozmanitosti demografického umístění. Zástupci dvou nemocnic neodpověděli, pro mne z oficiálně neznámého důvodu a předběžný souhlas s výzkumem jsem získala v městské nemocnici Severočeského kraje v okresním městě (příloha C) a fakultní nemocnici hlavního města Prahy (příloha C). Dále jsem pro získání souhlasu postupovala v každém zdravotnickém zařízení odlišně. Ve fakultní nemocnici v Praze jsem osobně oslovila vrchní sestry pěti klinik s oficiální žádostí pro umožnění dotazníkové sondy v souvislosti s odbornou prací a souhlas jsem získala na třech klinikách. Cíleně jsem vybírala chirurgické a interní kliniky i s lůžky pro intenzivní péči z důvodu zaměření se na zde pracující sestry v otázce č. 6 a možnost dalšího zpracování v otázce č. 24

dotazníku. Vždy jsem vysvětlila záměr výzkumu, jeho cíle, zdůraznila anonymitu šetření a všechny vrchní sestry měly k nahlédnutí i vytvořený dotazník. Konečné souhlasné stanovisko k výzkumu jsem získala od náměstkyně pro nelékařská a zdravotnická povolání a kvalitu fakultní nemocnice v Praze. V městské nemocnici Severočeského kraje jsem zaslala, po předchozí schůzce, mnou sepsanou žádost o možnosti provedení výzkumného šetření řediteli nemocnice, který ji kladně vyřešil.

Samotné výzkumné šetření probíhalo od května 2014 do června 2014 ve fakultní nemocnici v Praze na IV. Interní klinice, I. Chirurgické klinice a II. Chirurgické klinice. V městské nemocnici Severočeského kraje na oddělení interním, chirurgickém, neurologickém, rehabilitačním, dětském, oddělení LDN, ARO a JIP.

Celkem jsem rozdala 330 dotazníků a navraceno jich bylo 218. Celková návratnost je 66,10 %. Z tohoto počtu bylo 41 dotazníků vyřazeno pro neúplné vyplnění a ke zpracování výsledků bylo použito 177 dotazníků. Návratnost použitelných dotazníků je tedy 53,64 %. Předpokládám, že důvodem dobré návratnosti, vzhledem k intimnímu tématu, byla snaha o co největší zachování anonymity. Z tohoto důvodu jsem vyrobila pro respondentky fakultní nemocnice v Praze sběrné uzavřené boxy pro vyplněné dotazníky (příloha G), které měly u sebe staniční sestry příslušného oddělení. V městské nemocnici Severočeského kraje jsem použila uzamykatelné sběrné boxy (příloha H). V distribuci dotazníků mi pomohly vrchní a staniční sestry, kterým jsem vysvětlila důvody a cíle výzkumného šetření, zodpověděla dotazy, ubezpečila je o zachování anonymity odpovědí respondentek a ujistila je, že informace budou použity pouze ve výzkumné části bakalářské práce.

6. 6 Zpracování výsledků

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány statistickou analýzou dat a následně vloženy do tabulek a grafů vytvořených v programu Microsoft Office Excel 2010 spolu s popisem a interpretací. Pro zpracování byla použita matematická řada $f_i = n_i / N$, kdy f_i vyjadřuje relativní četnost v % zaokrouhlenou na dvě desetinná místa, n_i vyjadřuje absolutní četnost a N celkovou četnost. V otázce č. 16 jsem počty odpovědí respondentek vyhodnotila

ještě pomocí vzorce aritmetického průměru $\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 \dots x_n}{n}$, kde x znamená jednotlivé odpovědi sester a n je počet odpovědí. Proto jsou v tabulce č. 16 uvedeny průměry z výpočtu

jednotlivých hodnot, zaokrouhleny na dvě desetinná místa a jejich pořadí. Záměrně nejsou uvedeny absolutní a relativní četnosti pro nedostatečně vypovídající hodnotu, ale jejich statistické zpracování vložené do tabulky a grafu je součástí příloh.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

Výsledky výzkumu jsou uvedeny podle dílčích cílů.

Identifikační údaje

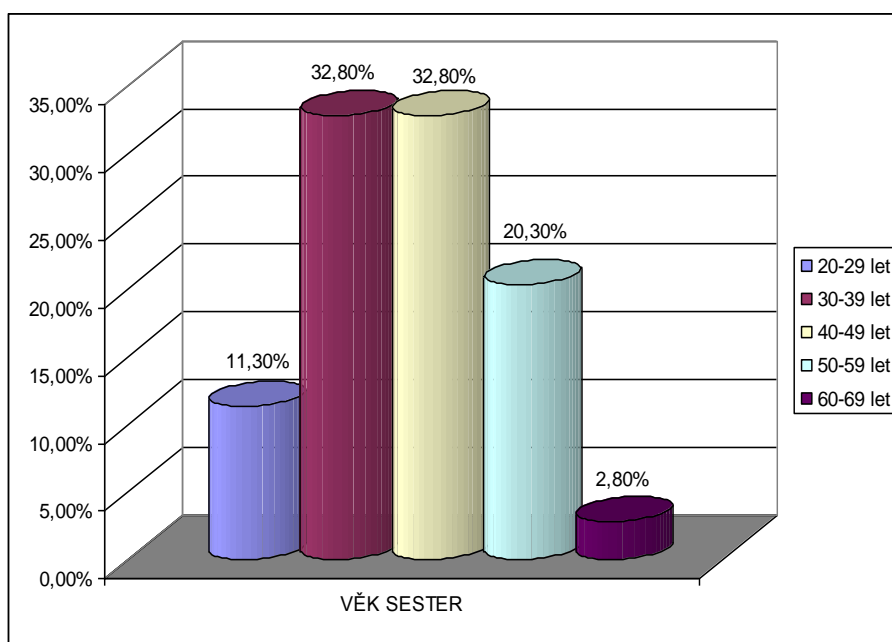
Identifikačních údajů se týkají otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6.

Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

Tabulka č. 1: Věk sester

VĚK	n_i	f_i [%]
20-29 let	20	11,30 %
30-39 let	58	32,80 %
40-49 let	58	32,80 %
50-59 let	36	20,30 %
60-69 let	5	2,80 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 1: Věk sester



Z tabulky č. 1 a grafu č. 1 vyplývá, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester jich je 58 (32,80 %) ve věkovém rozpětí 30-39 let a shodně 58 (32,80 %) sester ve věkovém rozmezí 40-49 let. Dále je 36 (20,30 %) sester v rozpětí 50-59 let, 20 (11,30 %) sester je ve věkovém

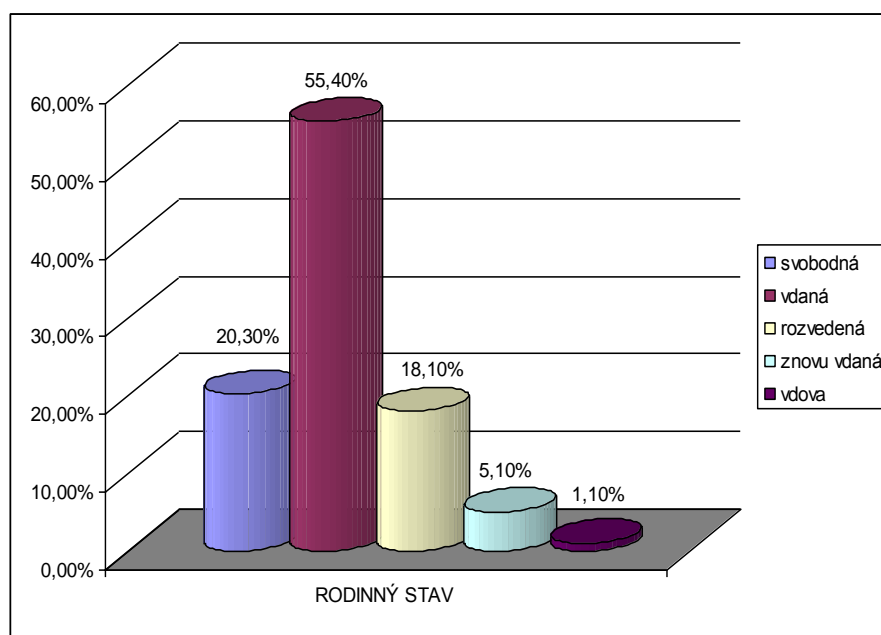
rozmezí 20-29 let. Nejméně početnou skupinu tvořilo 5 (2,80 %) sester v rozmezí 60-69 let. Věk sester se pohyboval v rozmezí 20-65 let a průměrný věk sester je 31 let. Nejmladší respondentce je 20 let a pracuje ve fakultní nemocnici v Praze, nejstarší respondentce je 65 let a je zaměstnaná v městské nemocnici okresního města.

Otázka č. 2: Váš rodinný stav.

Tabulka č. 2: Rodinný stav

RODINNÝ STAV	n_i	f_i [%]
svobodná	36	20,30 %
vdaná	98	55,40 %
rozvedená	32	18,10 %
znovu vdaná	9	5,10 %
vdova	2	1,10 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 2: Rodinný stav



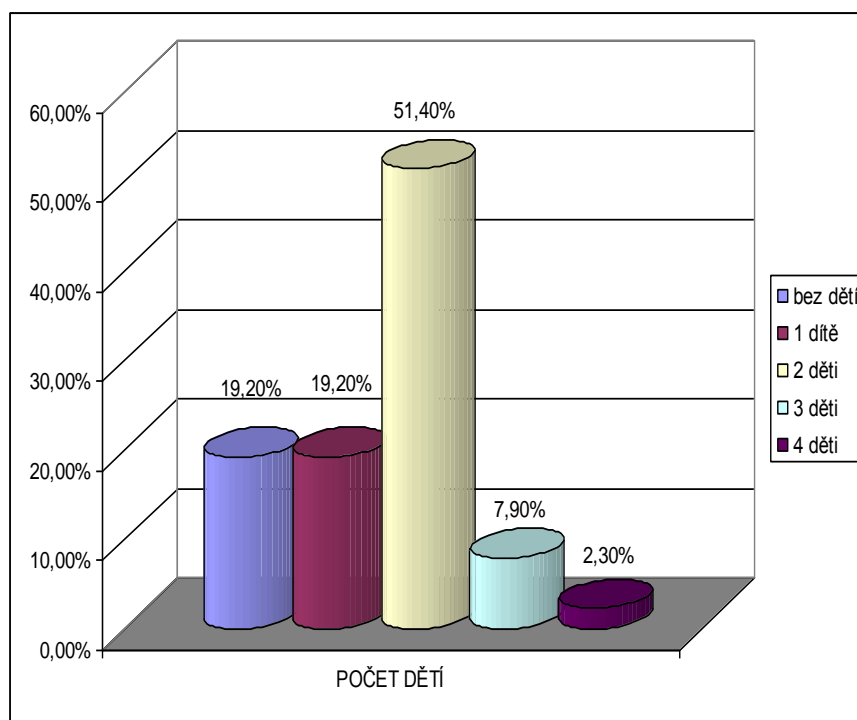
Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 je zřejmé, že z počtu 177 (100,00 %) sester je jich nejvíce 98 (55,40 %) vdaných. Dále 36 (20,30 %) sester svobodných, 32 (18,10 %) sester je rozvedených, 9 (5,10 %) sester je znovu vdaných a 2 (1,10 %) sestry ovdovělé.

Otázka č. 3: Kolik máte dětí?

Tabulka č. 3: Počet dětí

POČET DĚTÍ	n_i	f_i [%]
0	34	19,20 %
1	34	19,20 %
2	91	51,40 %
3	14	7,90 %
4	4	2,30 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 3: Počet dětí



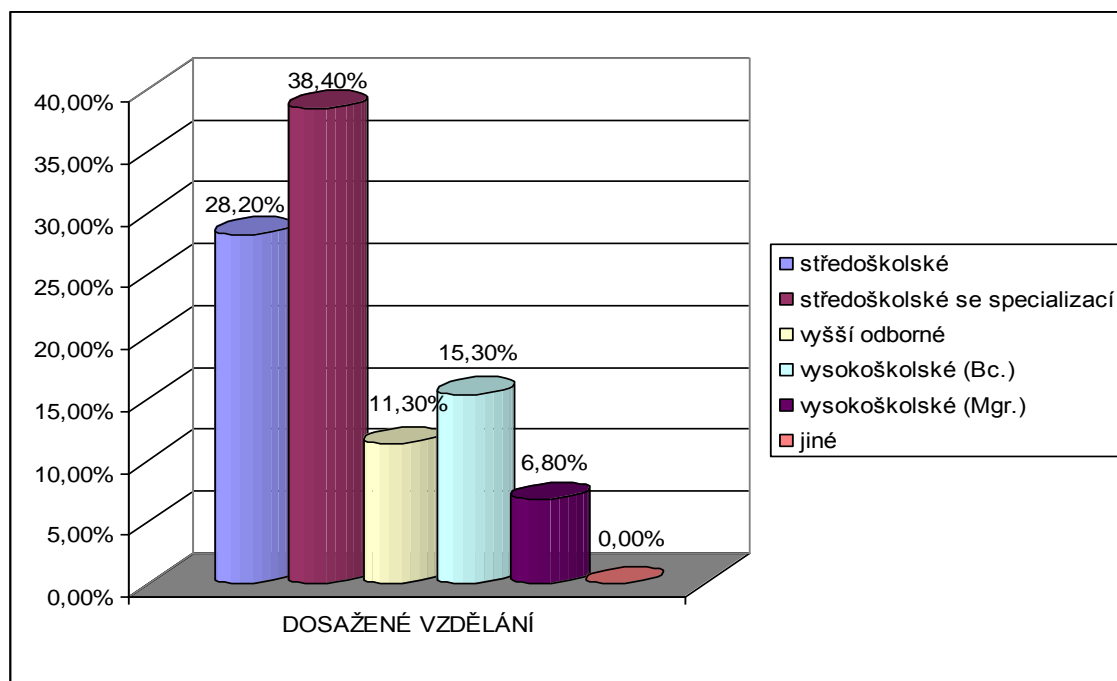
Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 je patrné, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester má 91 (51,40 %) sester dvě děti, 34 (19,20 %) sester má jedno dítě a stejný počet sester 34 (19,20 %) je bezdětných. Dále 14 (7,90 %) sester má tři děti a nejméně početnou skupinou jsou 4 (2,30 %) sestry, které mají čtyři děti.

Otázka č. 4: Dosažené vzdělání.

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	n_i	f_i [%]
středoškolské	50	28,20 %
středoškolské se specializací	68	38,40 %
vyšší odborné	20	11,30 %
vysokoškolské (Bc.)	27	15,30 %
vysokoškolské (Mgr.)	12	6,80 %
jiné	0	0,00 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 4: Dosažené vzdělání



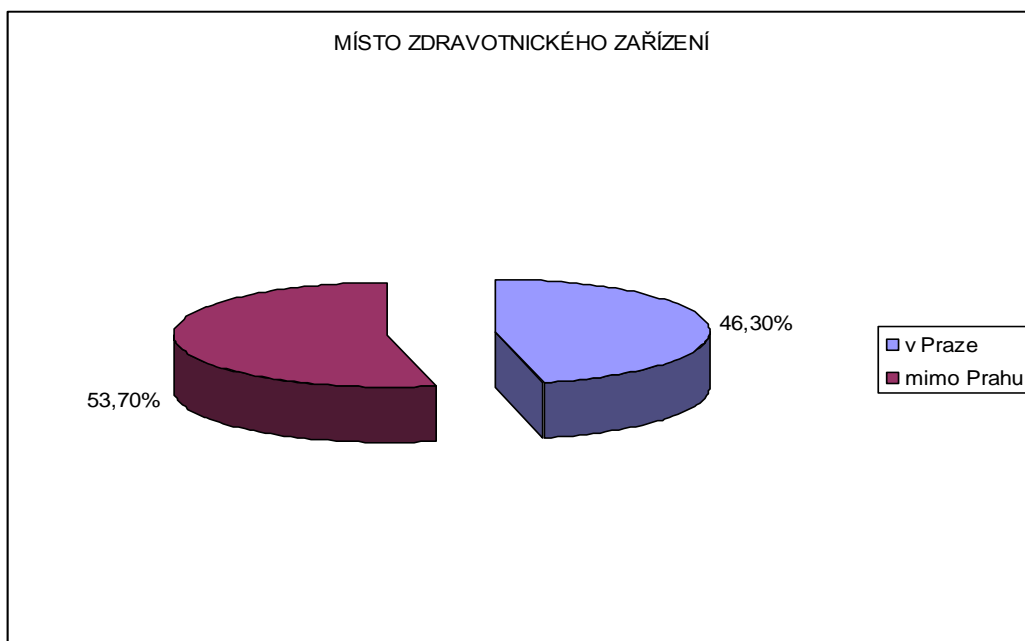
Z tabulky č. 4 a grafu č. 4 vyplývá, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich má 68 (38,40 %) středoškolské vzdělání se specializací, 50 (28,20 %) sester vzdělání středoškolské. Dále 27 (15,30 %) sester má vysokoškolské bakalářské vzdělání, 20 (11,30 %) sester má vyšší odborné vzdělání a 12 (6,80 %) sester má vysokoškolské magisterské vzdělání. Žádná z respondentek (0,00 %) neuvedla jiné vzdělání.

Otázka č. 5: Zdravotnické zařízení ve kterém pracujete je.

Tabulka č. 5: Místo zdravotnického zařízení

MÍSTO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	n_i	f_i [%]
v Praze	82	46,30 %
mimo Prahu	95	53,70 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 5: Místo zdravotnického zařízení



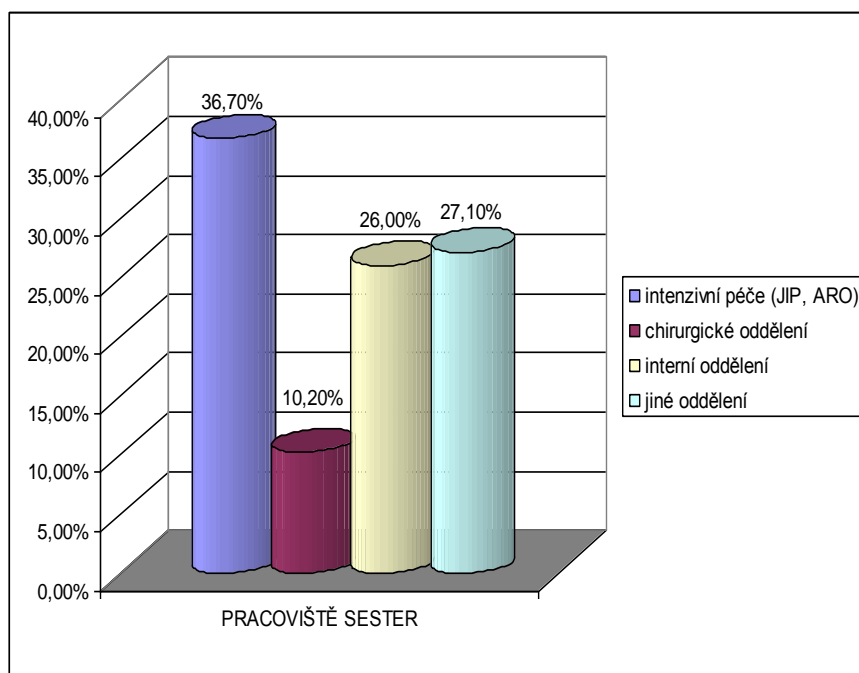
Z tabulky č. 5 a grafu č. 5 je zřejmé, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester jich pracuje 82 (46,30 %) ve zdravotnickém zařízení v Praze a 95 (53,70 %) sester pracuje ve zdravotnickém zařízení mimo Prahu.

Otázka č. 6: Na jakém lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení pracujete?

Tabulka č. 6: Pracoviště sester

PRACOVISTĚ SESTER	n_i	f_i [%]
intenzivní péče (JIP, ARO)	65	36,70 %
chirurgické oddělení	18	10,20 %
interní oddělení	46	26,00 %
jiné oddělení	48	27,10 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 6: Pracoviště sester



Z tabulky č. 6 a grafu č. 6 je patrné, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich celkem 65 (36,70 %) pracuje na oddělení intenzivní péče. Další početnou skupinu tvoří 48 (27,10 %) sester pracujících na různých odděleních. Podobně velkou skupinou tvoří 46 (26,00 %) sester pracujících na interním oddělení a nejmenší skupinu tvoří 18 (10,20 %) sester, které pracují na chirurgickém oddělení.

Cíl č. 1: Zjistit, zda má vliv na vznik intimního vztahu mezi sestrou a lékařem její rodinné zázemí, ve kterém vyrůstala.

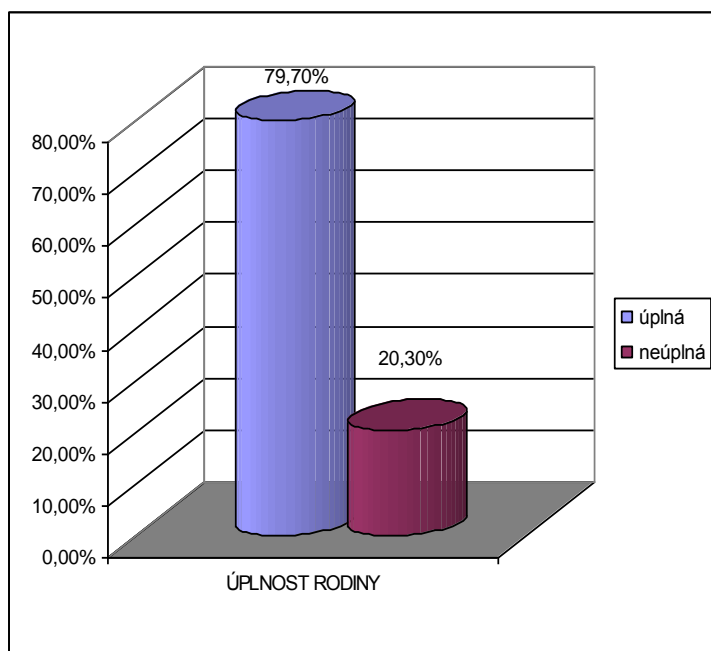
K cíli se vztahují otázky č. 7, 8 a 9.

Otázka č. 7: Rodina ve které jste vyrůstala byla.

Tabulka č. 7: Úplnost rodiny

ÚPLNOST RODINY	n_i	f_i [%]
úplná	141	79,70 %
neúplná	36	20,30 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 7: Úplnost rodiny

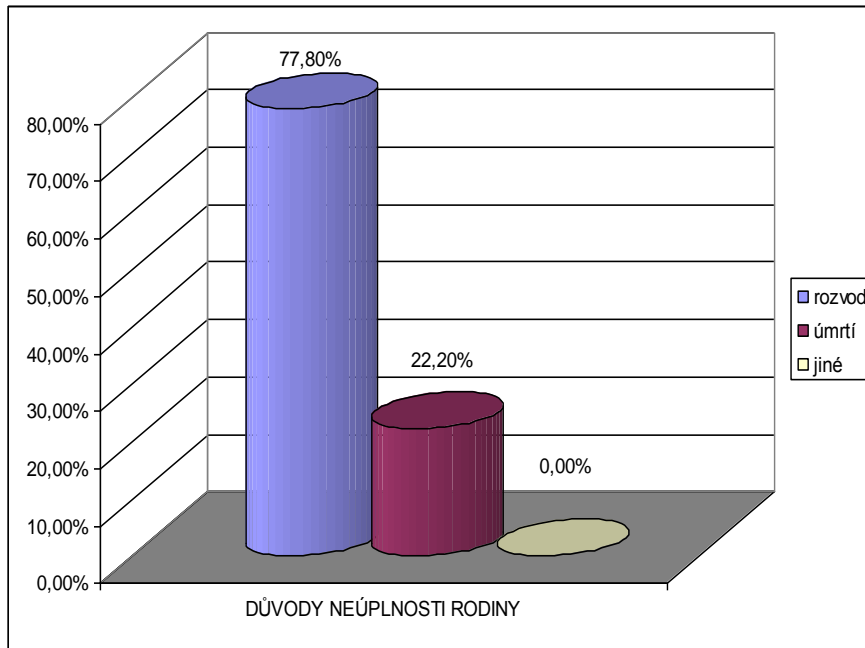


Z tabulky č. 7 a grafu č. 7 vyplývá, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester je 141 (79,70 %) sester z úplné rodiny, jen 36 (20,30 %) sester vyrůstalo v rodině neúplné. Důvody, pro které vyrůstaly sestry v neúplné rodině jsou uvedeny v tabulce č. 7. 1 a grafu č. 7. 1. Z počtu 36 (100,00 %) sester, které nevyrůstaly v úplné rodině, 28 (77,80 %) sester uvedlo jako důvod rozvod rodičů, 8 (22,20 %) sester uvedlo úmrtí jednoho rodiče. Žádná respondenta (0,00 %) neuvedla jiný důvod neúplnosti rodiny.

Tabulka č. 7. 1: Důvody neúplnosti rodiny

DŮVODY NEÚPLNOSTI RODINY	n_i	f_i [%]
rozvod	28	77,80 %
úmrtí	8	22,20 %
jiné	0	0,00 %
CELKEM	36	100,00 %

Graf č. 7. 1: Důvody neúplnosti rodiny

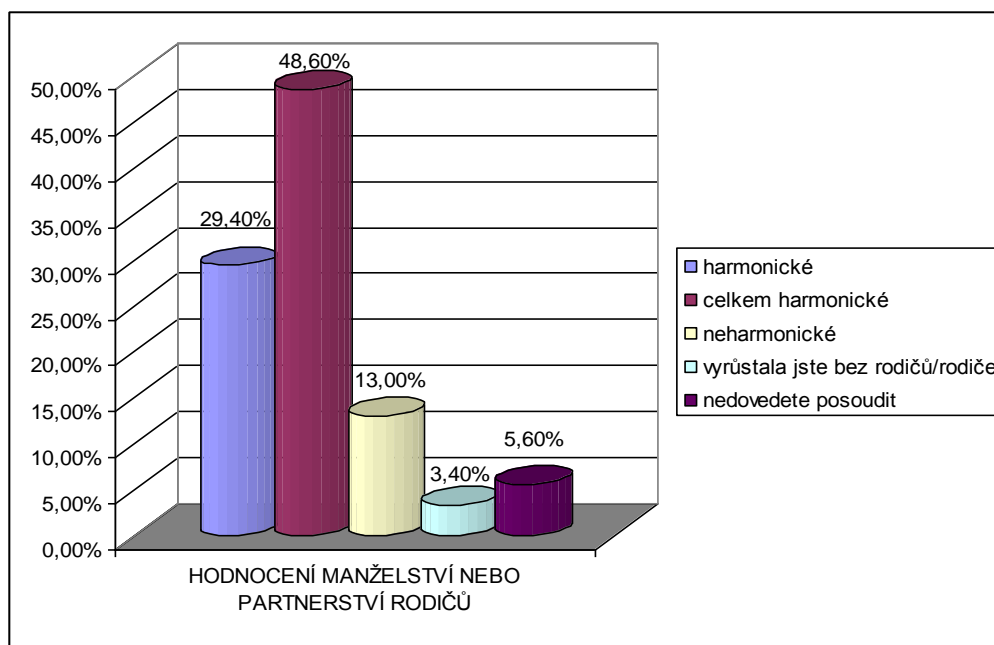


Otázka č. 8: Jak hodnotíte manželství nebo partnerství Vašich rodičů (vlastních, adoptivních nebo jejich kombinace) v rodině, kde jste vyrůstala?

Tabulka č. 8: Hodnocení manželství nebo partnerství rodičů

HODNOCENÍ MANŽELSTVÍ NEBO PARTNERSTVÍ RODIČŮ	n_i	f_i [%]
harmonické	52	29,40 %
celkem harmonické	86	48,60 %
neharmonické	23	13,00 %
vyrůstala jste bez rodičů/rodiče	6	3,40 %
nedovedete posoudit	10	5,60 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 8: Hodnocení manželství nebo partnerství rodičů



Z tabulky č. 8 a grafu č. 8 je zřejmé, že z počtu 177 (100,00 %) sester hodnotí manželství nebo partnerství rodičů jako celkem harmonické 86 (48,60 %) sester, 52 (29,40 %) sester jako harmonické a 23 (13,00 %) sester jako neharmonické. Celkem 10 (5,60 %) sester nedovede posoudit manželství nebo partnerství rodičů a 6 (3,40 %) sester vyrůstalo bez jednoho rodiče nebo obou rodičů. Další výpočty ukázaly, že 138 (78,00 %) sester hodnotí manželství nebo partnerství rodičů jako harmonické a 23 (13,00 %) sester jako neharmonické. Zbýlých 16 (9,00 %) sester nedovede tento vztah posoudit, nebo vyrůstaly bez jednoho či obou rodičů.

Tabulka č. 8. 1: Hodnocení kvality vztahu rodičů a navázání intimního vztahu s lékařem

Kvalita vztahu rodičů	Navázání intimního vztahu s lékařem				Celkem	
	ano		ne			
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
harmonický a celkem harmonický	30	22,70 %	102	77,30 %	132	100,00 %
neharmonický	10	43,50 %	13	56,50 %	23	100,00 %

Pro zpracování jsem v tabulce sloučila odpověď harmonický vztah rodičů s celkem harmonický a vyřadila jsem dotazníky s odpovědí nedovedete posoudit, vyrůstala jste bez rodičů/rodiče a nechcete odpovídat z důvodu nevypovídající hodnoty. Celkem bylo použito 155 dotazníků.

Z tabulky č. 8. 1 je zřejmé, že 132 (100,00 %) sester hodnotí vztah rodičů nebo jejich manželství jako harmonické a celkem harmonické. Z této skupiny 30 (22,70 %) sester přiznalo navázání intimního vztahu s lékařem a 102 (77,30 %) sester tento vztah nikdy nenavázalo. Z počtu 23 (100,00 %) sester, které hodnotily manželství nebo partnerství rodičů jako neharmonické, navázalo intimní vztah s lékařem 10 (43,50 %) sester a záporně jich odpovědělo 13 (56,50 %).

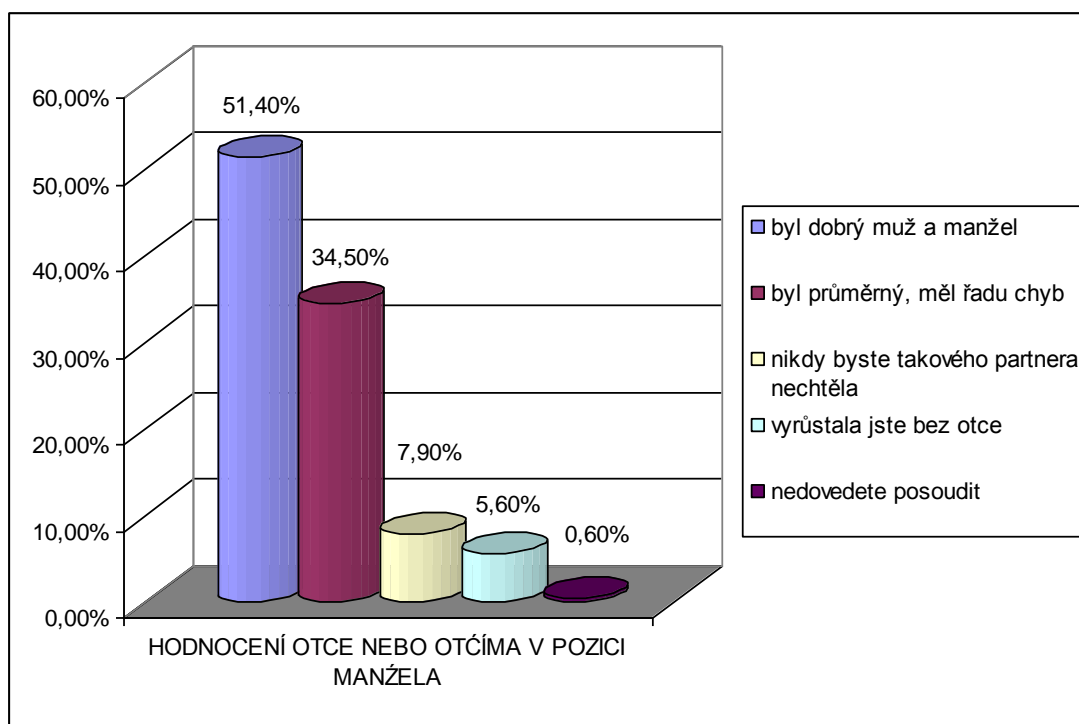
V případě, že manželství nebo partnerství rodičů bylo hodnoceno jako neharmonické, navázalo intimní vztah s lékařem o 20,80 % sester více, než v případě hodnocení vztahu rodičů jako harmonického.

Otázka č. 9: Jak hodnotíte Vašeho otce nebo otčima v pozici manžela?

Tabulka č. 9: Hodnocení otce nebo otčima v pozici manžela

HODNOCENÍ OTCE NEBO OTČÍMA V POZICI MANŽELA	n_i	f_i [%]
byl dobrý muž a manžel	91	51,40 %
byl průměrný, měl řadu chyb	61	34,50 %
nikdy byste takového partnera nechtěla	14	7,90 %
vyrůstala jste bez otce	10	5,60 %
nedovedete posoudit	1	0,60 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 9: Hodnocení otce nebo otčima v pozici manžela



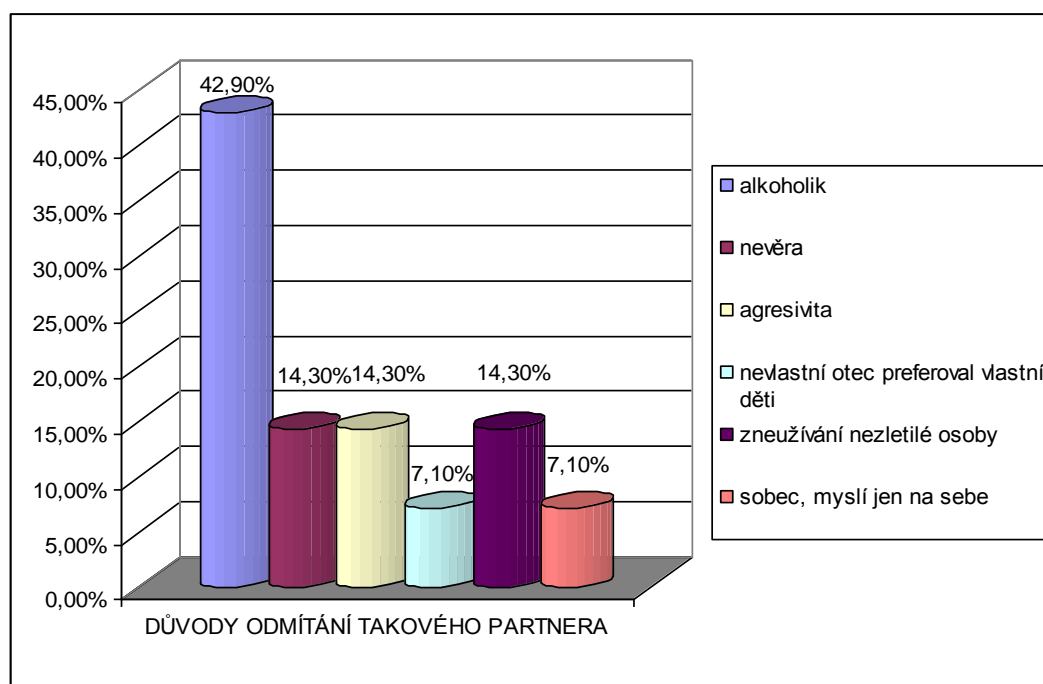
Z tabulky č. 9 a grafu č. 9 je patrné, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester hodnotí svého otce nebo otčima v pozici manžela nejvyšší počet sester 91 (51,40 %) jako dobrého muže a manžela. 61 (34,50 %) sester hodnotí otce nebo otčima v pozici manžela jako průměrného, který měl řadu chyb. Dále 14 (7,90 %) sester by nikdy takového partnera nechtělo, 10 (5,60 %) sester vyrůstalo bez otce a 1 (0,60 %) sestra nedovede posoudit otce nebo otčima v pozici manžela. Dalšími výpočty jsem zjistila, že 152 (85,90 %) sester hodnotí svého otce jako dobrého a průměrného manžela s řadou chyb a 14 (7,90 %) sester by takového partnera nikdy nechtělo. Důvody, pro které by sestry takového partnera jako svého otce nebo otčima nechtěly,

jsou uvedeny v tabulce č. 9. 1 a grafu č. 9. 1. Z celkového počtu 14 (100,00 %) sester jich 6 (42,90 %) takového partnera odmítá z důvodu alkoholismu, 2 (14,30 %) sestry z důvodu nevěry, shodný počet sester 2 (14,30 %) z důvodu agresivity a rovněž 2 (14,30 %) sestry z důvodu zneužívání nezletilé osoby, za což byl otec nebo otčím odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody. Pouze 1 (7,10 %) sestra by takového partnera nechtěla, protože je sobec a myslí jen na sebe, dále 1 (7,10 %) sestra uvedla jako důvod jeho odmítání preferování vlastních dětí.

Tabulka č. 9. 1: Důvody odmítání takového partnera

DŮVODY ODMÍTÁNÍ TAKOVÉHO PARTNERA	n_i	f_i [%]
alkoholik	6	42,90 %
nevěra	2	14,30 %
agresivita	2	14,30 %
nevlastní otec - preferoval vlastní děti	1	7,10 %
zneužívání nezletilé osoby, odsouzen k nepodmíněnému trestu	2	14,30 %
sobec, myslí jen na sebe	1	7,10 %
CELKEM	14	100,00 %

Graf č.9. 1: Důvody odmítání takového partnera



Tabulka č. 9. 2: Otec jako vzor a navázání intimního vztahu s lékařem

Otec jako vzor	Navázání intimního vztahu s lékařem				Celkem	
	ano		ne			
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
dobrý a průměrný	31	21,20 %	115	78,80 %	146	100,00 %
nikdy by ho nechtěla a vyrůstala bez otce	14	58,30 %	10	41,70 %	24	100.00 %

Při zpracování jsem v tabulce sloučila odpovědi dobrý muž a manžel s průměrný, měl řadu chyb a nikdy bych takového partnera nechtěla s vyrůstala jste bez otce. Vyřadila jsem dotazníky s odpovědí nedovedete posoudit a nechcete odpovídat z důvodu nevypovídající hodnoty. Celkem bylo použito 170 dotazníků.

Z tabulky č. 9. 2 je patrné, že ze 146 (100,00 %) sester mající otce vzorem dobrého nebo průměrného muže, jich 31 (21,20 %) navázalo intimní vztah s lékařem a 115 (78,80 %) sester uvedlo zápornou odpověď. Z 24 (100,00 %) sester, které vyrůstaly bez otce nebo takového partnera jako byl jejich otec, by nikdy nechtěly, jich 14 (58,30 %) intimní vztah s lékařem navázalo a 10 (41,70 %) navázání takového vztahu popřelo.

V případě, že otec nebyl vzorem partnera, navázalo intimní vztah s lékařem o 37,10 % sester více, než v případě hodnocení otce jako dobrého a průměrného muže.

Cíl č. 2: Zjistit, zda kvalita partnerského vztahu nebo manželství sestry, může ovlivnit vznik intimního vztahu s lékařem.

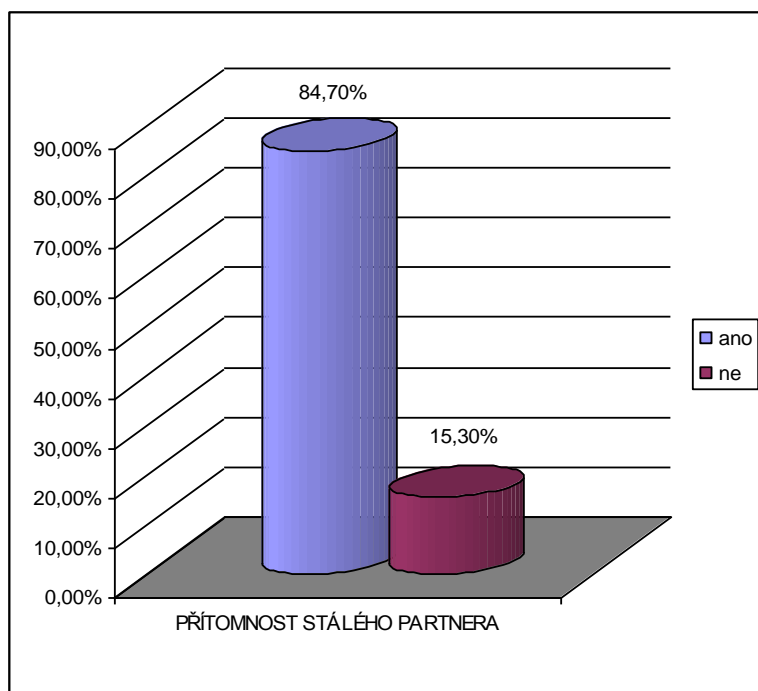
K cíli se vztahují otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Otázka č. 10: Máte stálého partnera?

Tabulka č. 10: Přítomnost stálého partnera

PŘÍTOMNOST STÁLÉHO PARTNERA	n_i	f_i [%]
ano	150	84,70 %
ne	27	15,30 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 10: Přítomnost stálého partnera



Z tabulky č. 10 a grafu č. 10 vyplývá, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich má 150 (84,70 %) stálého partnera a 27 (15,30 %) sester stálého partnera nemá.

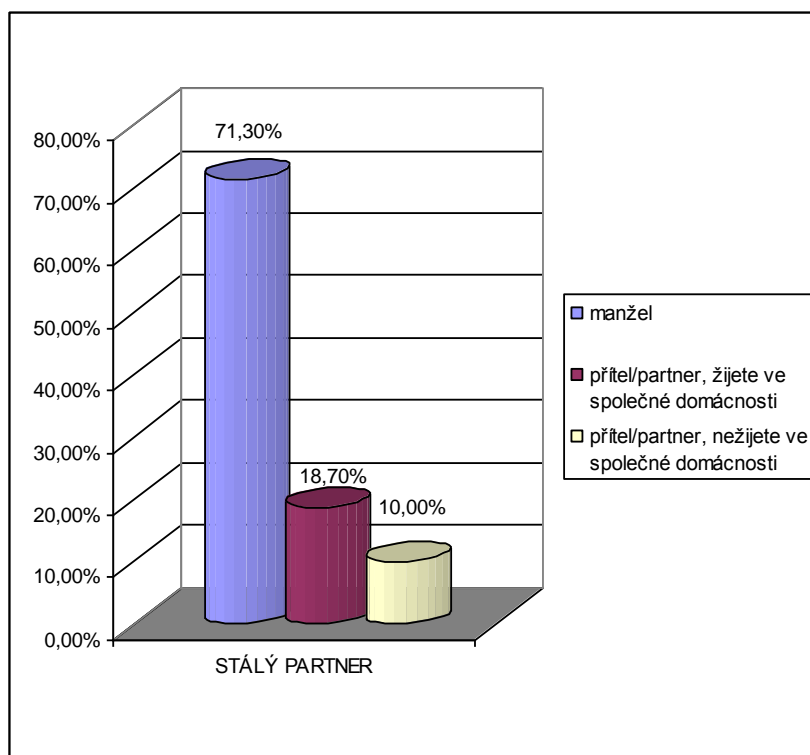
Otázka č. 11: Jestliže máte stálého partnera je to.

Odpovídaly pouze sestry, které mají stálého partnera.

Tabulka č. 11: Stálý partner

STÁLÝ PARTNER	n_i	f_i [%]
manžel	107	71,30 %
přítel/partner, žijeme ve společné domácnosti	28	18,70 %
přítel/partner, nežijeme ve společné domácnosti	15	10,00 %
CELKEM	150	100,00 %

Graf č. 11: Stálý partner



Z tabulky č. 11 a grafu č. 11 je zřejmé, že z celkového počtu 150 (100,00 %) sester, které mají stálého partnera je celkem u 107 (71,30 %) sester tímto partnerem manžel. Dále u 28 (18,70 %) sester je stálým partnerem přítel nebo partner a žijí ve společné domácnosti, nejméně a to 15 (10,00 %) sester má stálého přítele nebo partnera, ale ve společné domácnosti nežijí.

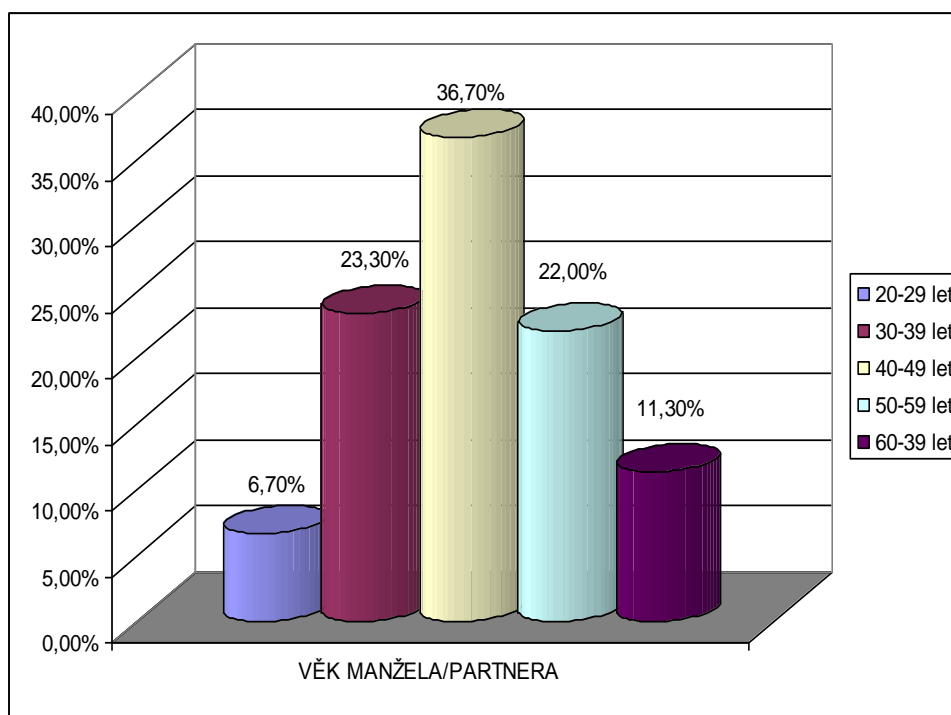
Otázka č. 12: Věk Vašeho manžela/partnera?

Odpovídaly pouze sestry, které mají stálého partnera.

Tabulka č. 12: Věk manžela/partnera

VĚK MANŽELA/PARTNERA	n_i	f_i [%]
20-29 let	10	6,70 %
30-39 let	35	23,30 %
40-49 let	55	36,70 %
50-59 let	33	22,00 %
60-69 let	17	11,30 %
CELKEM	150	100,00 %

Graf č. 12: Věk manžela/partnera



Z tabulky č. 12 a grafu č. 12 je patrné, že z počtu 150 (100,00 %) manželů nebo partnerů sester, je nejvíce mužů 55 (36,70 %) ve věkovém rozmezí 40-49 let, dále 35 (23,30 %) mužů je v rozpětí 30-39 let, 33 (22,00 %) mužů v rozmezí 50-59 let. Menší počet 17 (11,30 %) mužů je zastoupen ve věkovém rozmezí 60-69 let a nejméně mužů 10 (6,70 %) je ve věkovém rozpětí 20-29 let. Věk mužů se pohyboval v rozmezí 20-73 let a průměrný věk je 46 let. Nejmladšímu muži je 20 let a nejstaršímu je 73 let.

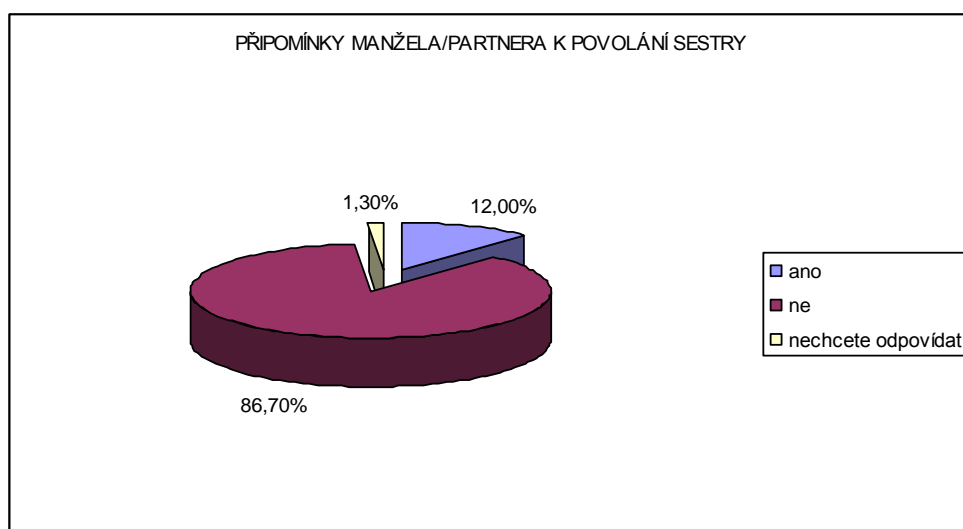
Otázka č. 13: Má Váš manžel, nebo partner připomínky ohledně Vašeho povolání?

Odpovídaly pouze sestry, které mají stálého partnera.

Tabulka č. 13: Připomínky manžela/partnera k povolání sestry

PŘIPOMÍNKY MANŽELA/PARTNERA K POVOLÁNÍ SESTRY	n_i	f_i [%]
ano	18	12,00 %
ne	130	86,70 %
nechcete odpovídat	2	1,30 %
CELKEM	150	100,00 %

Graf č. 13: Připomínky manžela/partnera k povolání sestry

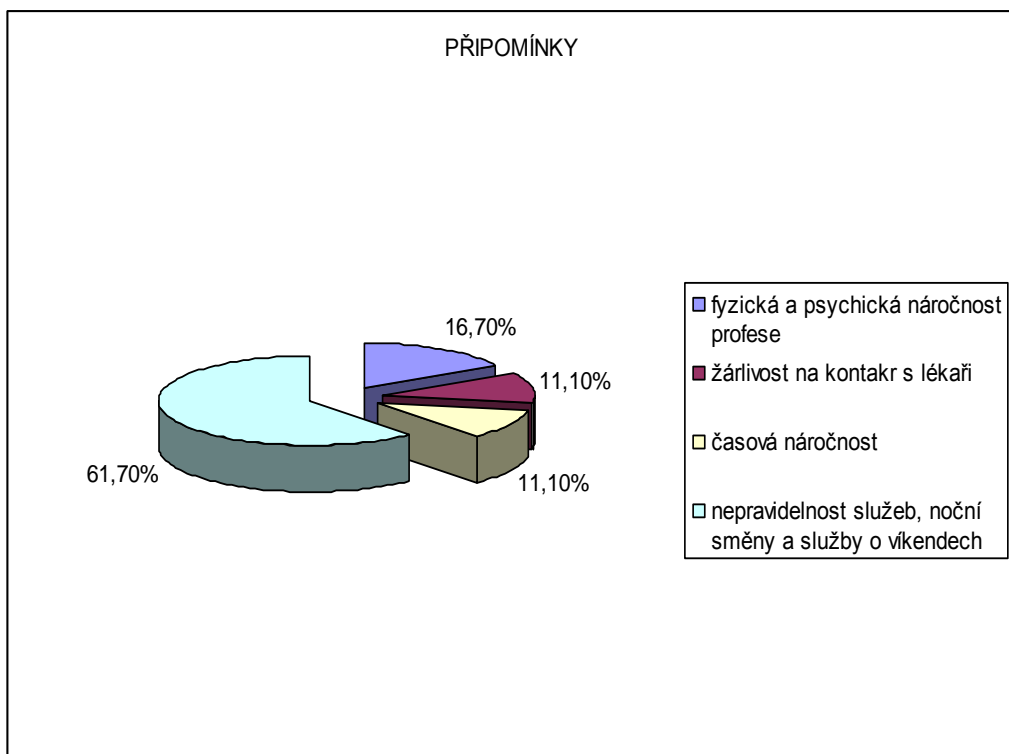


Z tabulky č. 13 a grafu č. 13 vyplývá, že připomínky k povolání sestry nemá z celkového počtu 150 (100,00 %) sester majících stálého partnera 130 (86,70 %) manželů nebo partnerů, 18 (12,00 %) sester zvolilo možnost, že jejich manžel nebo partner má k jejímu povolání připomínky a 2 (1,30 %) sestry nechtěly na tuto otázku odpovídat. Tabulka č. 13. 1 a graf č. 13. 1 znázorňují, jaké připomínky manžela nebo partnera se objevují. Z počtu 18 (100,00 %) sester odpovědělo celkem 11 (61,10 %) sester, že má manžel nebo partner připomínky k nepravidelným službám, nočním směnám a službám o víkendech. Dále 3 (16,70 %) sestry odpověděly, že se připomínky týkají fyzické a psychické náročnosti její profese a shodně 2 (11,10 %) sestry zapsaly časovou náročnost a 2 (11,10 %) sestry uvedly důvod připomínek žárlivost manžela nebo partnera na kontakt s lékaři.

Tabulka č. 13. 1: Připomínky

PŘIPOMÍNKY	n_i	f_i [%]
fyzická a psychická náročnost profese	3	16,70 %
žárlivost na kontakt s lékaři	2	11,10 %
časová náročnost	2	11,10 %
nepravidelnost služeb, noční směny a služby o víkendech	11	61,10 %
CELKEM	18	100,00 %

Graf č. 13. 1: Připomínky



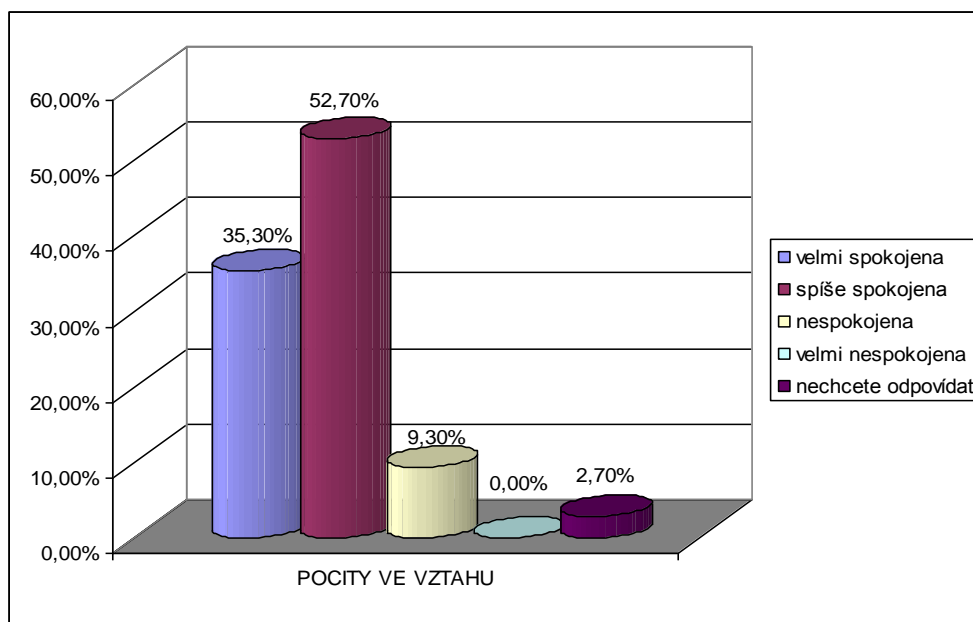
Otázka č. 14: V manželství nebo partnerském vztahu se cítíte.

Odpovídaly pouze sestry, které mají stálého partnera.

Tabulka č. 14: Pocity ve vztahu

POCITY VE VZTAHU	n_i	f_i [%]
velmi spokojena	53	35,30 %
spíše spokojena	79	52,70 %
nespokojena	14	9,30 %
velmi nespokojena	0	0,00 %
nechcete odpovídat	4	2,70 %
CELKEM	150	100,00 %

Graf č. 14: Pocity ve vztahu



Z tabulky č. 14 a grafu č. 14 je zřejmé, že z počtu 150 (100,00 %) sester se v manželském nebo partnerském vztahu cítí spíše spokojeno 79 (52,70 %) sester, velmi spokojeno 53 (35,30 %) sester, 14 (9,30 %) sester se cítí nespokojeno a 4 (2,70 %) sestry nechtěly na tuto otázku odpovídat. Žádná (0,00 %) sestra se v manželském nebo partnerském vztahu necítí velmi nespokojena. Podle dalšího výpočtu je velká většina, tedy 132 (88,00 %) sester, ve vztahu spokojena, 14 (9,30 %) sester v manželském nebo partnerském vztahu nespokojeno a 4 (2,70 %) sestry se nechtěly o pocitech ve vztahu vyjadřovat.

Tabulka č. 14. 1: Kvalita vztahu sestry a navázání intimního vztahu s lékařem

Kvalita vztahu sestry	Navázání intimního vztahu s lékařem				Celkem	
	ano		ne			
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
velmi a spíše spokojena	30	23,10 %	100	76,90 %	130	100,00 %
nespokojena a velmi nespokojena	9	64,30 %	5	35,70 %	14	100,00 %

Při zpracování jsem sloučila odpovědi velmi spokojena se spíše spokojena a nespokojena s velmi nespokojena. Dotazníky, ve kterých se k těmto otázkám nechtěly respondenty vyjadřovat, byly z důvodu nevypovídající hodnoty vyřazeny. Ke zpracování bylo použito 144 dotazníků.

Z tabulky č. 14. 1 vyplývá, že v manželství nebo partnerském svazku je 130 (100,00 %) sester velmi a spíše spokojeno, ale přesto jich 30 (23,10 %) navázalo intimní vztah s lékařem a 100 (76,90 %) tento vztah nikdy nenavázalo. Celkem 14 (100,00 %) sester se cítí v manželství nebo partnerství nespokojeno nebo velmi nespokojeno a 9 (64,30 %) z nich přiznalo navázání intimního vztahu s lékařem a 5 (35,70 %) sester odpovědělo záporně.

V případě nespokojenosti sester v manželství nebo partnerském svazku, jich navázalo intimní vztah s lékařem o 41,20 % více, než v případě sester spokojených v trvalém vztahu.

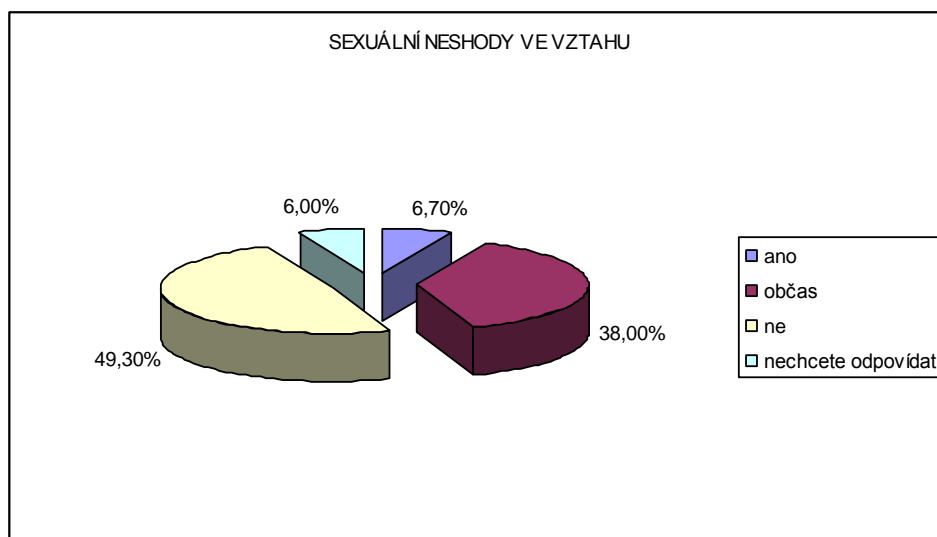
Otázka č. 15: Dochází ve Vašem vztahu k neshodám, které se týkají sexuálního života?

Odpovídaly pouze sestry, které mají stálého partnera.

Tabulka č. 15: Sexuální neshody ve vztahu

SEXUÁLNÍ NESHODY VE VZTAHU	n_i	f_i [%]
ano	10	6,70 %
občas	57	38,00 %
ne	74	49,30 %
nechcete odpovídat	9	6,00 %
CELKEM	150	100,00 %

Graf č. 15: Sexuální neshody ve vztahu



Z tabulky č. 15 a grafu č. 15 je patrné, že z celkového počtu 150 (100,00 %) sester jich 74 (49,30 %) nemá žádné neshody ve vztahu týkající se sexuálního života. Dále 57 (38,00 %) sester přiznalo občasné sexuální neshody ve vztahu, 10 (6,70 %) sester sexuální neshody ve vztahu má a 9 (6,00 %) sester nechtělo na tuto otázku odpovídat. Dalšími výpočty jsem zjistila, že 67 (44,70 %) sester má sexuální neshody ve vztahu, 74 (49,30 %) sester nemá neshody ve vztahu sexuálního charakteru a 9 (6,00 %) sester nechtělo na tuto otázku odpovídat.

Cíl č. 3: Zjistit postoj sester k nevěře a zájem o lékaře jako muže.

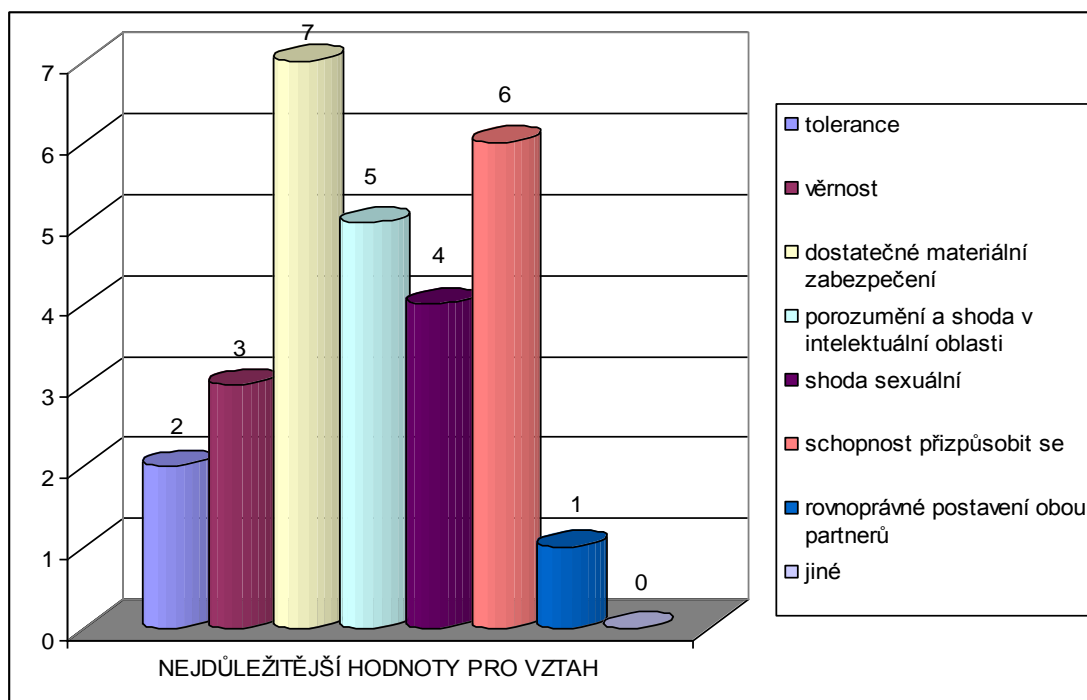
K cíli se vztahují otázky č. 16, 17, 18, 19, 20 a 27.

Otázka č. 16: Z následujícího výčtu hodnot označte tři, které považujete za důležité pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství. Očíslujte je od čísla 1 až po číslo 3 do tabulky, přičemž číslo 1 znamená nejdůležitější.

Tabulka č. 16: Nejdůležitější hodnoty pro vztah

HODNOTY PRO VZTAH	PRŮMĚR	POŘADÍ
tolerance	1,44	2
věrnost	1,86	3
dostatečné materiální zabezpečení	2,53	7
porozumění a shoda v intelektuální oblasti	2,31	5
shoda sexuální	2,30	4
schopnost přizpůsobit se	2,34	6
rovnoprávné postavení obou partnerů	1,20	1
jiné	0	Nelze hodnotit

Graf č. 16: Nejdůležitější hodnoty pro vztah



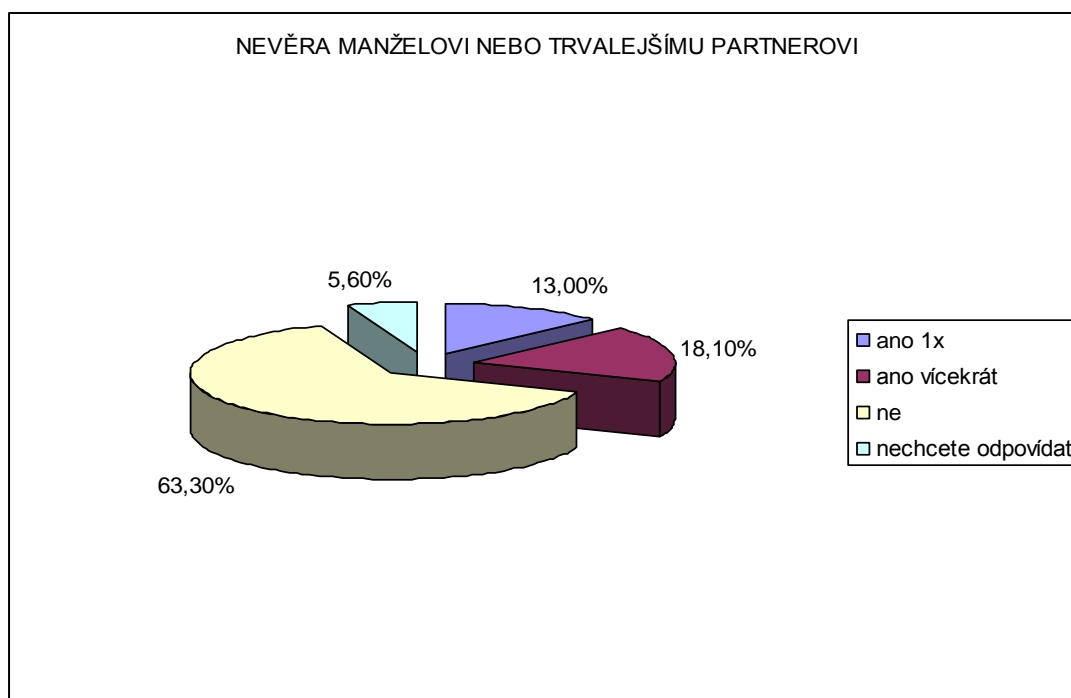
Otázka č. 16 v dotazníku byla otázkou škálovou a sestry měly za úkol vybrat tři nejdůležitější hodnoty pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství. Výsledky jsou zpracovány z celkového počtu odpovědí, nikoli počtu odpovídajících sester, a proto jsou v tabulce č. 16 uvedeny průměry z výpočtu jednotlivých hodnot, zaokrouhleny na dvě desetinná místa a jejich pořadí. Záměrně nejsou uvedeny absolutní a relativní četnosti pro nedostatečně vypovídající hodnotu, ale jejich statistické zpracování vložené do tabulky a grafu je součástí příloh (příloha F). Tabulka č. 16 a graf č. 16 vyjadřují pořadí důležitosti hodnot, které přispívají ke spokojenému a trvalému vztahu nebo manželství. Pro vyhodnocení jsem počet odpovědí sester na tuto otázku zprůměřovala pomocí vzorce pro výpočet aritmetického průměru a výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa. V tabulce jsou uvedeny průměry z výpočtu jednotlivých hodnot a jejich pořadí. Čím nižší průměr, tím preferovanější hodnota. Pořadí je sestaveno sestupně od nejpreferovanější hodnoty po nejméně preferovanou. Pro sestry je nejdůležitější hodnotou rovnoprávné postavení obou partnerů, druhá nejdůležitější hodnota je tolerance, na třetím místě je věrnost a dále sestupně je řazena shoda v sexuální oblasti, porozumění a shoda v intelektuální oblasti, schopnost přizpůsobit se a dostatečné materiální zabezpečení. Respondentky měly možnost zapsat i jinou hodnotu, ale této možnosti žádná z nich nevyužila.

Otázka č. 17: Byla jste už někdy, i v minulosti, svému manželovi nebo trvalejšímu partnerovi nevěrná?

Tabulka č. 17: Nevěra manželovi nebo trvalejšímu partnerovi

NEVĚRA MANŽELOVI NEBO TRVALEJŠÍMU PARTNEROVI	n_i	f_i [%]
ano 1x	23	13,00 %
ano vícekrát	32	18,10 %
ne	112	63,30 %
nechcete odpovídat	10	5,60 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 17: Nevěra manželovi nebo trvalejšímu partnerovi



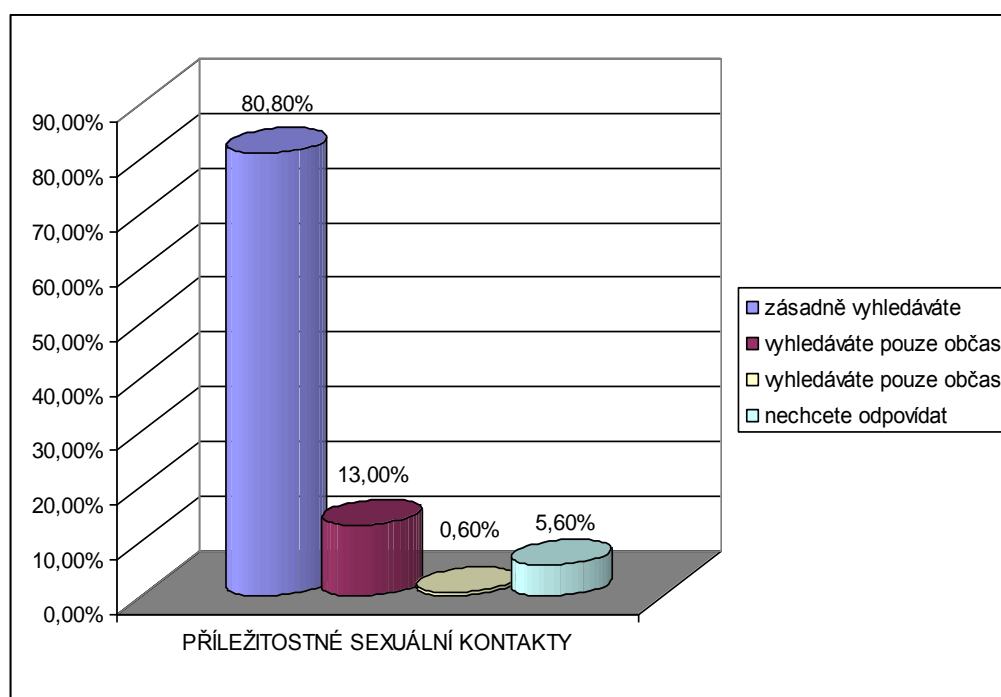
Z tabulky č. 17 a grafu č. 17 je zřejmé, že z celkového počtu 177 (100,00%) sester svému manželovi nebo trvalejšímu partnerovi bylo i v minulosti 112 (63,30 %) sester věrných. Celkem 32 (18,10 %) sester bylo manželovi nebo trvalejšímu partnerovi nevěrných vícekrát a 23 (13,00 %) sester nevěrných jedenkrát. Na tuto otázku nechtělo odpovídat 10 (5,60 %) sester. Dalším výpočtem se ukázalo, že celkem 112 (63,30 %) sester se nevěry nikdy nedopustilo, 55 (31,10 %) sester bylo manželovi nebo trvalejšímu partnerovi i v minulosti nevěrných a 10 (5,60 %) sester nechtělo na tuto otázku odpovídat.

Otázka č. 18: Příležitostné sexuální kontakty.

Tabulka č. 18: Příležitostné sexuální kontakty

PŘÍLEŽITOSTNÉ SEXUÁLNÍ KONTAKTY	n_i	f_i [%]
zásadně nevyhledáváte	143	80,80 %
vyhledáváte pouze občas	23	13,00 %
vyhledáváte	1	0,60 %
nechcete odpovídat	10	5,60 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 18: Příležitostné sexuální kontakty



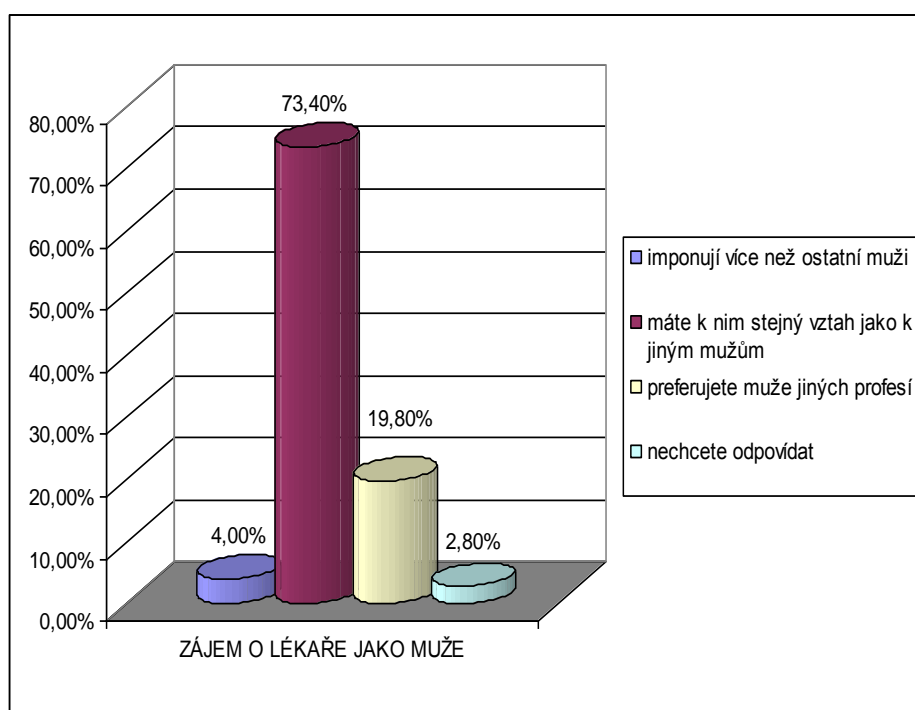
Z tabulky č. 18 a grafu č. 18 je patrné, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich příležitostné sexuální kontakty zásadně nevyhledává 143 (80,80 %) sester, vyhledává je pouze občas 23 (13,00 %) sester a 1 (0,60 %) sestra příležitostné sexuální kontakty vyhledává. Celkem 10 (5,60 %) sester na tuto otázku nechtělo odpovídat. Dalším výpočtem jsem zjistila, že příležitostné sexuální kontakty nevyhledává 143 (80,80 %) sester, 24 (13,60 %) sester kontakty vyhledává a 10 (5,60 %) sester na tuto otázku nechce odpovídat.

Otázka č. 19: Lékaři jako muži vám většinou.

Tabulka č. 19: Zájem o lékaře jako muže

ZÁJEM O LÉKAŘE JAKO MUŽE	n_i	f_i [%]
imponují více než ostatní muži	7	4,00 %
máte k nim stejný vztah jako k jiným mužům	130	73,40 %
preferujete muže jiných profesí	35	19,80 %
nechcete odpovídat	5	2,80 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 19: Zájem o lékaře jako muže



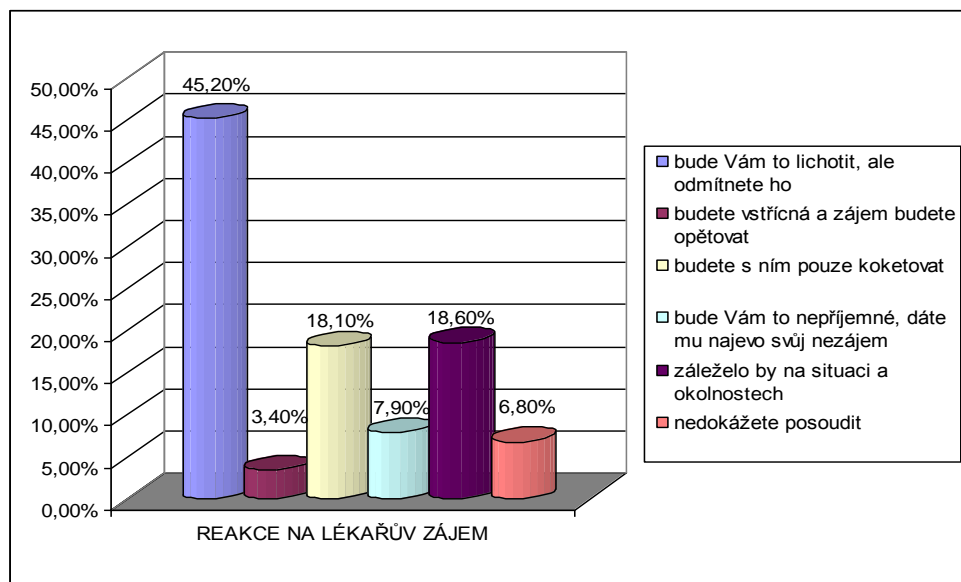
Z tabulky č. 19 a grafu č. 19 vyplývá, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester má 130 (73,40 %) sester k lékařům jako mužům stejný vztah jako k mužům jiným, 35 (19,80%) sester preferuje muže jiných profesí, naopak 7 (4,00 %) sester uvedlo větší zájem o lékaře jako muže než muže ostatní a 5 (2,80 %) sester na tuto otázku nechtělo odpovídat. Dalšími výpočty jsem zjistila, že 35 (19,80 %) sester preferuje muže jiných profesí, 137 (77,40 %) sester má o lékaře jako muže stejný a větší zájem jako o muže ostatní a 5 (2,80 %) sester nechtělo odpovídat.

Otázka č. 20: Začne-li o Vás lékař projevovat zájem.

Tabulka č. 20: Reakce na lékařův zájem

REAKCE NA LÉKAŘŮV ZÁJEM	n_i	f_i [%]
bude Vám to lichotit, ale odmítnete ho	80	45,20%
budete vstřícná a zájem budete opětovat	6	3,40%
budete s ním pouze koketovat	32	18,10%
bude Vám to nepříjemné, dáte mu najevo svůj nezájem	14	7,90%
záleželo by na situaci a okolnostech	33	18,60%
nedokážete posoudit	12	6,80%
CELKEM	177	100,00%

Graf č. 20: Reakce na lékařův zájem



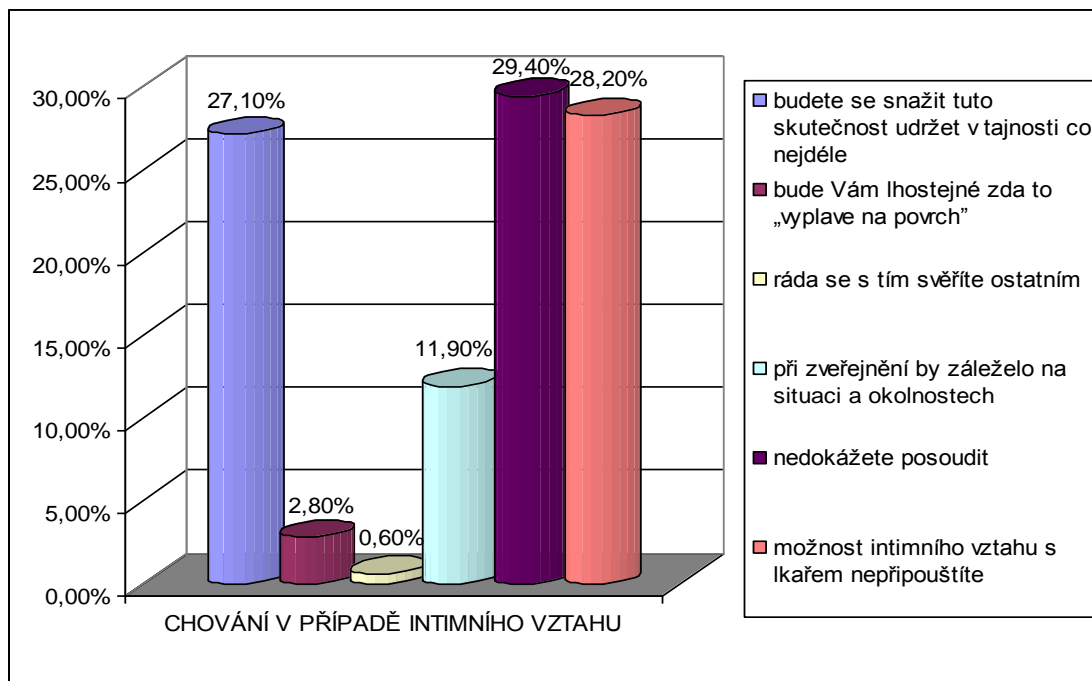
Z tabulky č. 20 a grafu č. 20 je zřejmé, že z počtu 177 (100,00 %) sester by jich 80 (45,20 %) odmítlo lékaře v případě, že o ni bude projevovat zájem, ale zájem by jí lichotil, 33 (18,60 %) sester by se rozhodovalo podle situace a okolností a 32 (18,10 %) sester by s lékařem při projevení jeho zájmu pouze koketovalo. Dále by zájem lékaře pro 14 (7,90 %) sester byl nepříjemný a daly by najevo svůj nezájem, 12 (6,80 %) sester nedokáže posoudit, jak by se v této situaci chovalo a 6 (3,40 %) sester by bylo vstřícných a zájem by opětovalo. Z dalších výpočtů lze vyjádřit, že zájem lékaře nebude opětovat celkem 126 (71,20 %) sester, naopak zájem opětovat bude 6 (3,40 %) sester a zbylých 45 (25,40 %) sester reakci na tuto skutečnost nedokáže posoudit nebo by se rozhodovalo podle situace a okolností.

Otázka č. 27: Jak se zachováte v případě, že navážete intimní vztah s lékařem?

Tabulka č. 21: Chování v případě intimního vztahu

CHOVÁNÍ V PŘÍPADĚ INTIMNÍHO VZTAHU	n_i	f_i [%]
budete se snažit tuto skutečnost udržet v tajnosti co nejdéle	48	27,10 %
bude Vám lhostejné zda to „vyplave na povrch“	5	2,80 %
ráda se s tím svěříte ostatním	1	0,60 %
při zveřejnění by záleželo na situaci a okolnostech	21	11,90 %
nedokážete posoudit	52	29,40 %
možnost intimního vztahu s lékařem nepřipouštíte	50	28,20 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 21: Chování v případě intimního vztahu



Z tabulky č. 21 a grafu č. 21 je patrné, že z počtu 177 (100,00 %) sester v případě navázání intimního vztahu s lékařem se 1 (0,60 %) sestra s tímto vztahem ráda svěří ostatním, 5 (2,80 %) sester odpovědělo, že jim bude lhostejné zda tato skutečnost „vyplave na povrch“ a 21 (11,90 %) sester by zohlednilo situaci a okolnosti při zveřejnění intimního vztahu s lékařem. Dále 48 (27,10 %) sester by se tuto skutečnost snažilo udržet v tajnosti co nejdéle, 50 (28,20 %) sester možnost intimního vztahu s lékařem nepřipouští a celkem 52 (29,40 %) sester nedokáže své chování v této situaci posoudit.

Cíl č. 4: Zjistit vzniklé intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky (lékař a sestra) podle současného pracoviště sester a charakterizovat tyto vztahy.

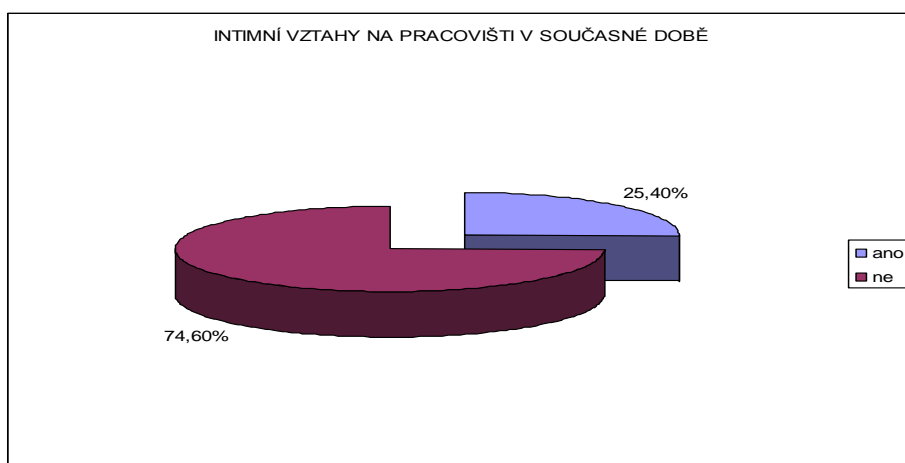
K cíli se vztahují otázky č. 21, 24, 25 a 26.

Otázka č. 21: Víte o nějakém intimním vztahu, v současné době, mezi lékařem a sestrou na Vašem nynějším pracovišti?

Tabulka č. 22: Intimní vztahy na pracovišti v současné době

INTIMNÍ VZTAHY NA PRACOVIŠTI V SOUČASNÉ DOBĚ	n_i	f_i [%]
ano	45	25,40 %
ne	132	74,60 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 22: Intimní vztahy na pracovišti v současné době



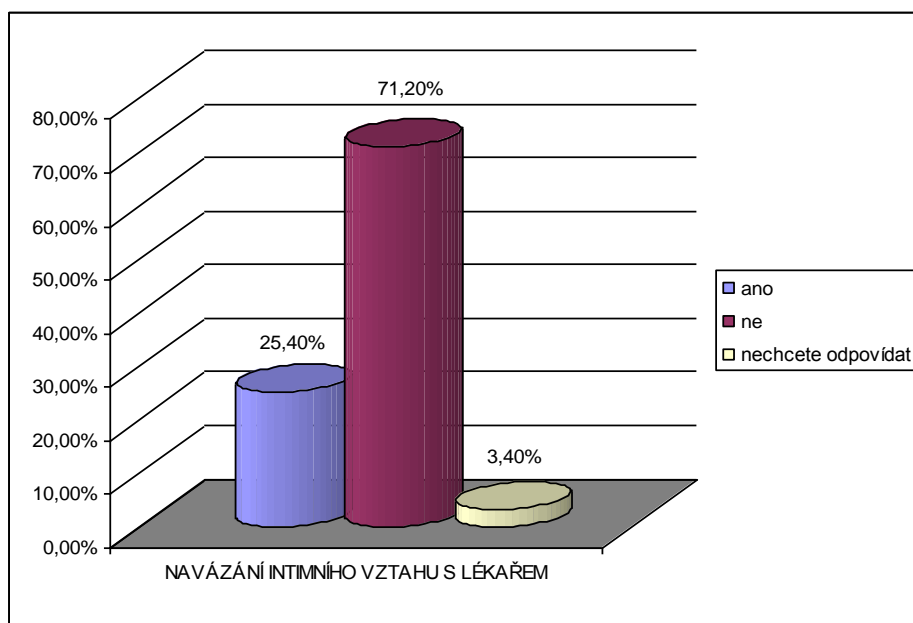
Z tabulky č. 22 a grafu č. 22 je patrné, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester jich 132 (74,60 %) neví o intimním vztahu mezi lékařem a sestrou, v současné době, na nynějším pracovišti. Celkem 45 (25,40 %) sester o takovém vztahu ví.

Otázka č. 24: Navázala jste někdy intimní vztah s lékařem na oddělení, kde pracujete?

Tabulka č. 23: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem

NAVÁZÁNÍ INTIMNÍHO VZTAHU S LÉKAŘEM	n _i	f _i [%]
ano	45	25,40 %
ne	126	71,20 %
nechcete odpovídat	6	3,40 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 23: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem



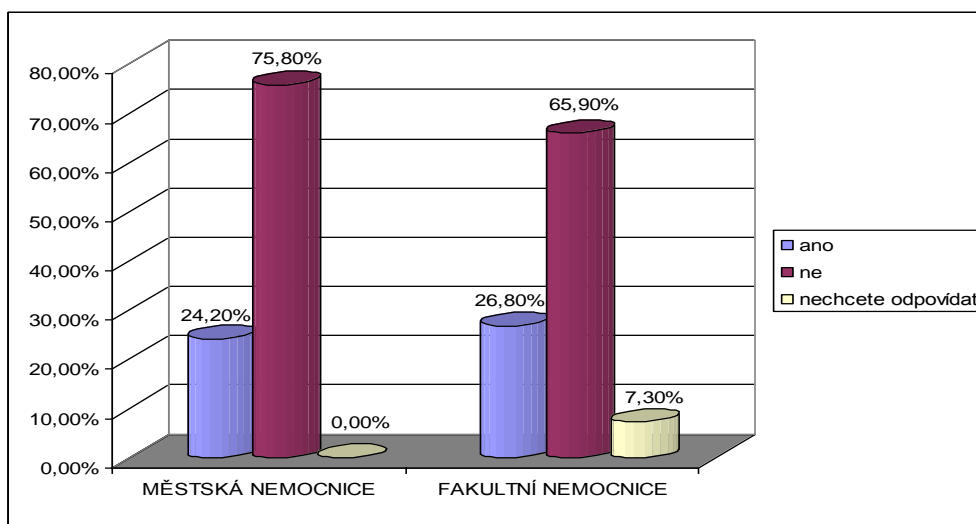
Z tabulky č. 23 a grafu č. 23 je patrné, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich 126 (71,20 %) nikdy nenavázalo intimní vztah s lékařem a naopak 45 (25,40 %) sester takový vztah navázalo. Na otázku intimního vztahu s lékařem nechtělo odpovídat 6 (3,40 %) sester. Tabulka č. 23. 1 a graf č. 23. 1 znázorňují navazování intimních vztahů mezi lékaři a sestrami jednotlivě podle velikosti města, kde je umístěno zdravotnické zařízení. A to v městské nemocnici okresního města z celkového počtu 95 (100,00 %) sester a ve fakultní nemocnici hlavního města Prahy z celkového počtu 82 (100,00 %) sester. Intimní vztah s lékařem nikdy nenavázalo v městské nemocnici okresního města 72 (75,80 %) sester a kladně odpovědělo 23 (24,20 %) sester. Ve fakultní nemocnici hlavního města Prahy 22 (26,80 %) sester intimní vztah s lékařem navázalo a záporně se vyjádřilo 54 (65,90 %) sester. Na tuto otázku odpověděly všechny respondenty pracující v městské nemocnici a nechtělo odpovídat 6

(7,30 %) sester z fakultní nemocnice. Tabulka č. 23.2 a graf č. 23. 2 vyjadřují navázání intimního vztahu lékaře se sestrou dle oddělení, na kterém sestra pracuje. Z celkového počtu 45 (100,00 %) vztahů jich nejméně 6 (13,30 %) vzniklo u sester pracujících na chirurgickém oddělení, dále 9 (20,00 %) vztahů vzniklo u sester na interním oddělení, 13 (28,90 %) vztahů u sester pracujících na oddělení intenzivní péče a 17 (37,80 %) vztahů bylo navázáno u sester pracujících na různých odděleních zdravotnického zařízení.

Tabulka č. 23. 1: Navázání intimního vztahu s lékařem v městské nemocnici a fakultní nemocnici jednotlivě

NAVÁZÁNÍ VZTAHU	MĚSTSKÁ NEMOCNICE		FAKULTNÍ NEMOCNICE	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	23	24,20 %	22	26,80 %
ne	72	75,80 %	54	65,90 %
nechcete odpovídat	0	0,00 %	6	7,30 %
CELKEM	95	100,00 %	82	100,00 %
CELKEM n_i	177,00 %			
CELKEM f_i [%]	100,00 %			

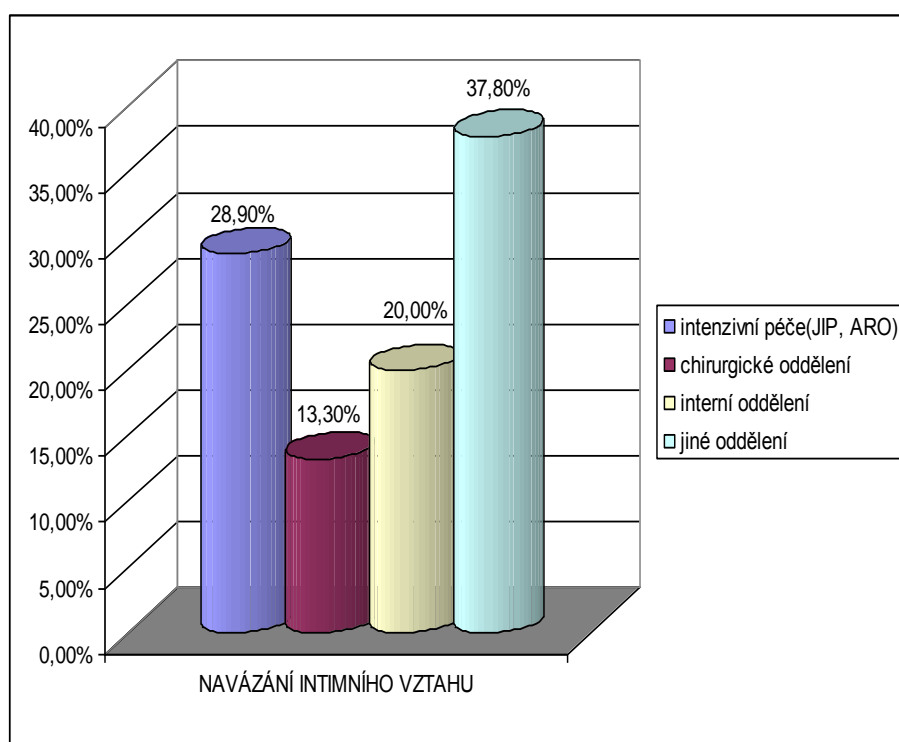
Graf č. 23. 1: Navázání intimního vztahu s lékařem v městské nemocnici a fakultní nemocnici jednotlivě



Tabulka č. 23. 2: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem v městské nemocnici a fakultní nemocnici dle oddělení

NAVÁZÁNÍ INTIMNÍHO VZTAHU	n_i	f_i [%]
intenzivní péče (JIP, ARO)	13	28,90 %
chirurgické oddělení	6	13,30 %
interní oddělení	9	20,00 %
jiné oddělení	17	37,80 %
CELKEM	45	100,00 %

Graf č. 23. 2: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem v městské nemocnici a fakultní nemocnici dle oddělení



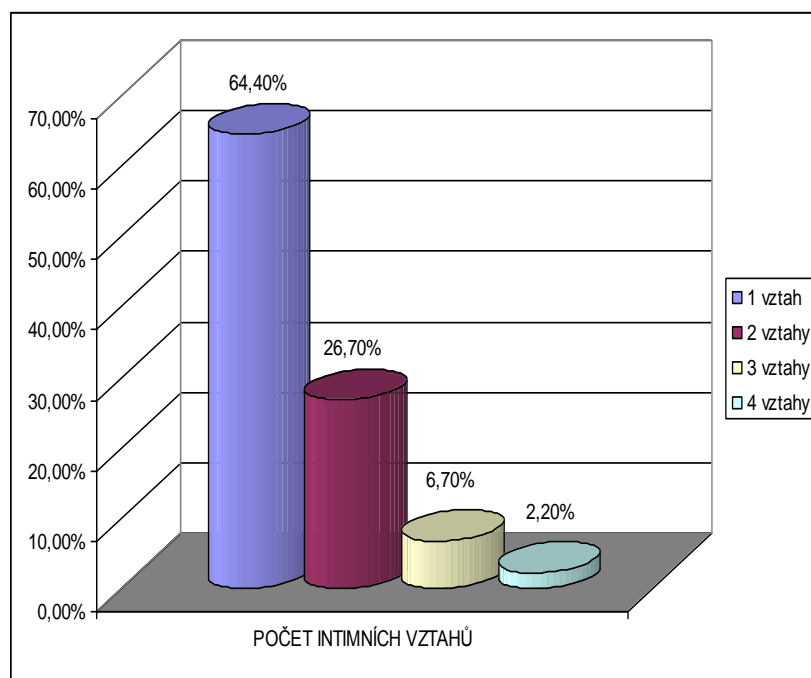
Otázka č. 25: S kolika lékaři jste během své profese navázala intimní vztah?

Odpovídaly pouze sestry, které navázaly intimní vztah s lékařem.

Tabulka č. 24: Počet intimních vztahů

POČET INTIMNÍCH VZTAHŮ CELKEM	n_i	f_i [%]
1 vztah	29	64,40 %
2 vztahy	12	26,70 %
3 vztahy	3	6,70 %
4 vztahy	1	2,20 %
CELKEM	45	100,00 %

Graf č. 24: Počet intimních vztahů



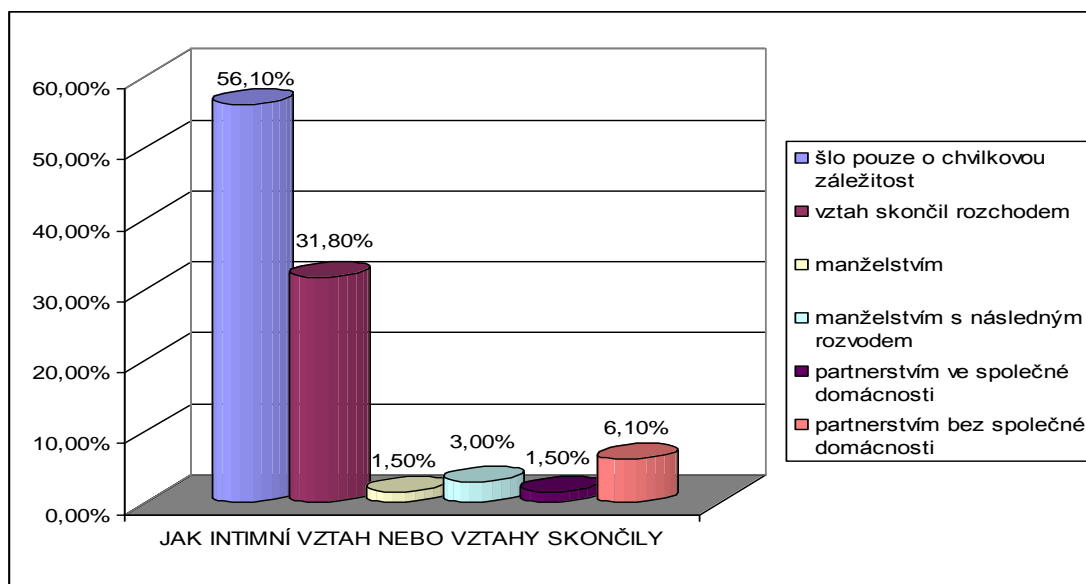
Z tabulky č. 24 a grafu č. 24 vyplývá, že z celkového počtu 45 (100,00 %) sester jich 29 (64,40 %) navázalo během své profese intimní vztah s jedním lékařem, 12 (26,70 %) sester se dvěma lékaři, 3 (6,70 %) sestry navázaly intimní vztah se třemi lékaři a pouze 1 (2,20 %) sestra navázala během své profese vztah se čtyřmi lékaři. Dalším výpočtem jsem zjistila, že 45 (100,00 %) sester navázalo celkem 66 intimních vztahů s lékaři.

Otázka č. 26: V co tento vztah nebo tyto vztahy vyústily? (Máte možnost více odpovědí)

Odpovídaly pouze sestry, které navázaly intimní vztah s lékařem.

Tabulka č. 25: Jak intimní vztah nebo vztahy skončily

JAK INTIMNÍ VZTAH NEBO VZTAHY SKONČILY	n_i	f_i [%]
šlo pouze o chvilkovou záležitost, krátké vzplanutí - flirt	37	56,10 %
vztah skončil rozchodem	21	31,80 %
manželstvím	1	1,50 %
manželstvím s následným rozvodem	2	3,00 %
partnerstvím ve společné domácnosti	1	1,50 %
partnerstvím bez společné domácnosti	4	6,10 %
CELKEM	66	100,00 %

Graf č. 25: Jak intimní vztah nebo vztahy skončily

Z tabulky č. 25 a grafu č. 25 je zřejmé, že z celkového počtu 66 (100,00 %) intimních vztahů bylo 37 (56,10 %) vztahů krátkým vzplanutím a šlo pouze o chvilkovou záležitost, 21 (31,80 %) vztahů skončilo rozchodem, 4 (6,10 %) vztahy skončily partnerstvím bez společné domácnosti, 2 (3,00 %) vztahy skončily manželstvím s následným rozvodem, 1 (1,50 %) vztah skončil manželstvím a shodně 1 (1,50 %) vztah skončil partnerstvím ve společné domácnosti. Dalšími výpočty lze vyjádřit, že 37 (56,10 %) vztahů bylo krátkým vzplanutím a 29 (43,90 %) vztahů bylo dlouhodobějších, dále celkem 60 (91,00 %) vztahů bylo ukončeno a 6 (9,00 %) vztahů trvá v různých podobách. Možnost zvolit více odpovědí využily celkem 4 sestry.

Cíl č. 5: Zjistit, zda vzniklý intimní vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti a zda ovlivňuje kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni.

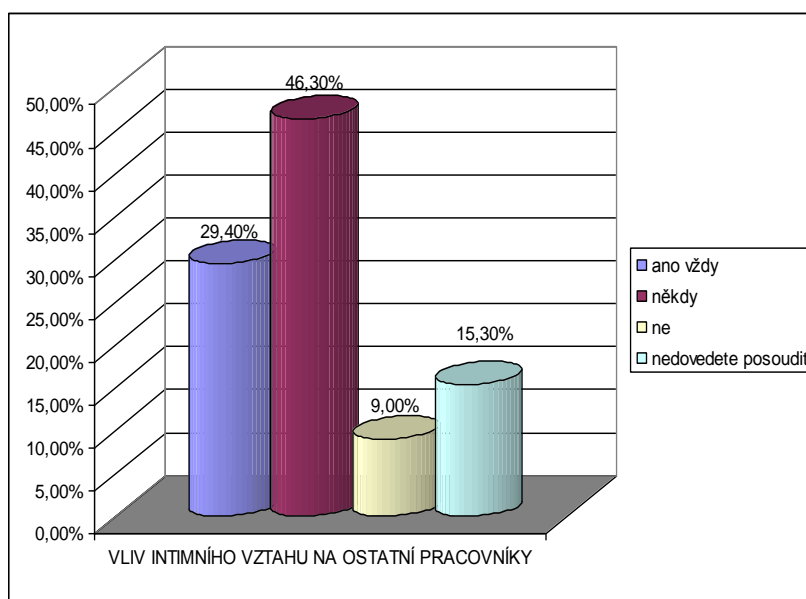
K cíli se vztahují otázky č. 22 a 23.

Otázka č. 22: Ovlivňuje podle Vás intimní vztah mezi lékařem a sestrou mezilidské a pracovní vztahy na daném pracovišti i mezi ostatními pracovníky?

Tabulka č. 26: Vliv intimního vztahu na ostatní pracovníky

VLIV INTIMNÍHO VZTAHU NA OSTATNÍ PRACOVNÍKY	n_i	f_i [%]
ano vždy	52	29,40 %
někdy	82	46,30 %
ne	16	9,00 %
nedovedete posoudit	27	15,30 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 26: Vliv intimního vztahu na ostatní pracovníky



Z tabulky č. 26 a grafu č. 26 vyplývá, že z počtu 177 (100,00 %) sester jich 82 (46,30 %) vnímá intimní vztah mezi lékařem a sestrou jako vztah někdy ovlivňující mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky daného pracoviště a 52 (29,40 %) sester se domnívá, že tento vztah má vliv vždy na mezilidské a pracovní vztahy na daném pracovišti.

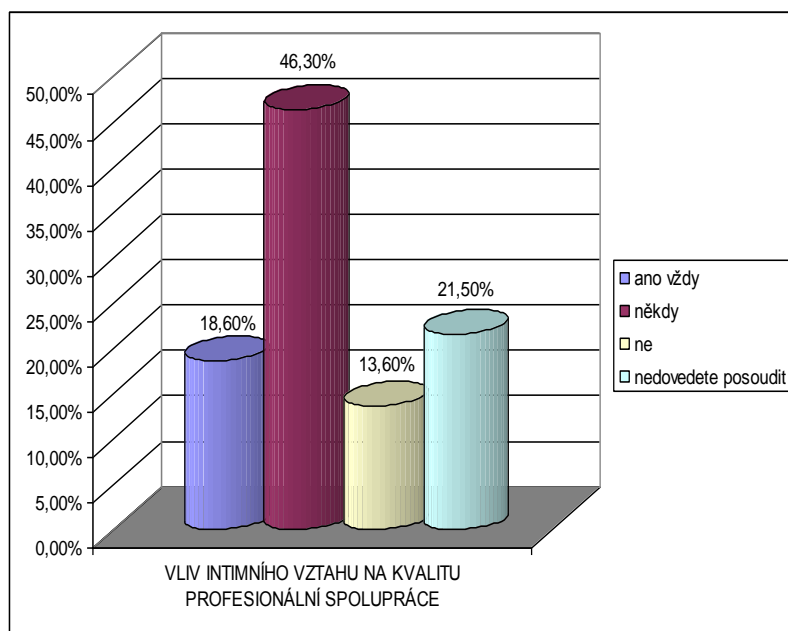
Dále 27 (15,30 %) sester nedovede tuto situaci posoudit a 16 (9,00 %) sester je negativního názoru, tedy podle nich intimní vztah mezi lékařem a sestrou neovlivňuje mezilidské ani pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky daného pracoviště. Dalšími výpočty lze vyjádřit, že celkem 134 (75,70 %) sester se domnívá, že intimní vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti, naopak 16 (9,00 %) sester vylučuje možnost ovlivňování a zvolilo negativní odpověď a 27 (15,30 %) sester tuto situaci nedovede posoudit.

Otázka č. 23: Ovlivňují podle Vás intimní vztah mezi lékařem a sestrou kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni?

Tabulka č. 27: Vliv intimního vztahu na kvalitu profesionální spolupráce

VLIV INTIMNÍHO VZTAHU NA KVALITU PROFESIONÁLNÍ SPOLUPRÁCE	n_i	f_i [%]
ano vždy	33	18,60 %
někdy	82	46,30 %
ne	24	13,60 %
nedovedete posoudit	38	21,50 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf č. 27: Vliv intimního vztahu na kvalitu profesionální spolupráce



Z tabulky č. 27 a grafu č. 27 je zřejmé, že z celkového počtu 177 (100,00 %) sester se 82 (46,30 %) sester domnívá, že intimní vztah mezi lékařem a sestrou někdy ovlivňuje kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni a 33 (18,60 %) sester si myslí, že intimní vztah vždy ovlivňuje kvalitu profesionální spolupráce mezi lékařem a sestrou. Dále 38 (21,50 %) sester nedovede tuto situaci posoudit a 24 (13,60 %) sester nevnímá ovlivnění profesionální spolupráce mezi lékařem a sestrou na základě jejich intimního vztahu. Z dalších výpočtů bylo zjištěno, že celkem 115 (64,90 %) sester vnímá intimní vztah mezi lékařem a sestrou jako vztah ovlivňující kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni, 24 (13,60 %) sester nevidí ovlivnění, jejich odpověď byla záporná a 38 (21,50 %) sester nedovede posoudit tuto skutečnost.

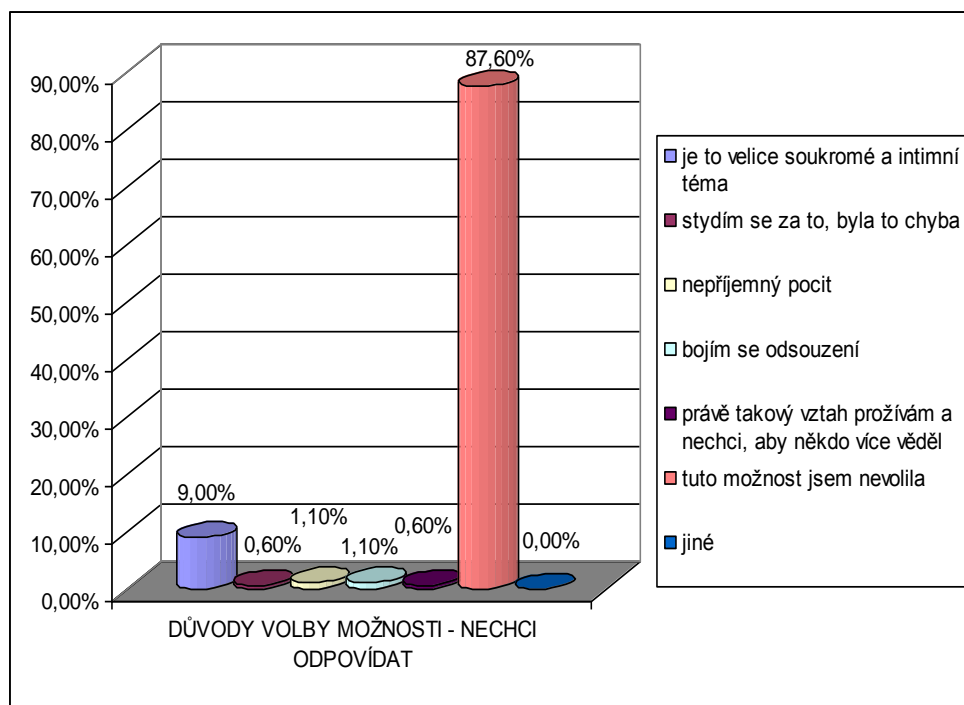
Dokreslení dané problematiky

Otázka č. 28: Pokud jste u některých otázek volila možnost - nechci odpovídat, bylo to z důvodů. (Máte možnost více odpovědí)

Tabulka č. 28: Důvod volby možnosti - nechci odpovídat u některých otázek

DŮVODY VOLBY MOŽNOSTI - NECHCI ODPOVÍDAT	n_i	f_i [%]
je to velice soukromé a intimní téma	16	9,00 %
stydím se za to, byla to chyba	1	0,60 %
nepříjemný pocit	2	1,10 %
bojím se odsouzení	2	1,10 %
právě takový vztah prožívám a nechci, aby někdo více věděl	1	0,60 %
tuto možnost jsem nevolila	155	87,60 %
jiné	0	0,00 %
CELKEM	177	100,00 %

Graf. č. 28: Důvod volby možnosti - nechci odpovídat u některých otázek



Z tabulky č. 28 a grafu č. 28 vyplývá, že u některých otázek měly respondentky možnost vybrat odpověď - nechci odpovídat. Z počtu 177 (100,00 %) sester jich tuto možnost nezvolilo 155 (87,60 %), 16 (9,00 %) sester tuto možnost zvolilo z důvodu velice soukromého a intimního tématu, 2 (1,10 %) sestry z důvodu nepříjemného pocitu při odpovědi a shodně 2 (1,10 %) sestry vybraly tuto možnost, protože se bojí odsouzení. Dále shodně 1 (0,60 %) sestra nechtěla u některých otázek nebo otázky odpovídat, protože se za vztah s lékařem stydí a byla to chyba a 1 (0,60%) sestra právě takový vztah prožívá a nechce, aby někdo více věděl. Žádná sestra (0,00 %) nezvolila jiný důvod, pro který u některé otázky nebo otázek nechtěla odpovídat a žádná (0,00 %) sestra nevolila možnost více odpovědí. Dalšími výpočty jsem zjistila, že možnost volby - nechci odpovídat u některých otázek nevolilo 155 (87,60 %) sester a 22 (12,40 %) sester tuto možnost volilo. Celkem 22 sester takto odpovědělo 46krát.

8 DISKUSE

Povolání sestry od svého počátku prošlo mnoha změnami. V současné době je sestra členem zdravotnického týmu s celou řadou rolí, které jsou dány autonomní činností nebo činnostmi závislými na lékaři. Pro tyto činnosti je nutná kvalitní spolupráce mezi lékařem a sestrou na profesionální úrovni, při které vznikají formální i neformální vztahy. Ty mohou významnou měrou ovlivnit výsledek lékařské a ošetrovatelské péče o pacienta.

V minulých letech byla oblast neformálních vztahů ve skupinách, především vztahů intimních, spíše tabuizována. V dnešní době je tomu naopak a pacienti a laická veřejnost mohou mít pod vlivem různých informací získaných např. sledováním televizních seriálů ze zdravotnického prostředí, protkaného vzájemnými intimními vztahy lékařů a sester, značně zkreslený názor a negativní postoj ke zdravotnickým pracovníkům. I proto se domnívám, že je důležité se tomuto tématu věnovat. Jaký je tedy stav neformálních vztahů zdravotnických pracovníků? Jaké faktory mohou ovlivnit vznik těchto intimních vztahů? Existuje možný vliv intimních vztahů na mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky daného pracoviště? Ovlivňuje intimní vztah lékaře a sestry kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni? Na tyto otázky jsem získala odpovědi při výzkumném šetření bakalářské práce, pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, určeného pro sestry pracující na lůžkových odděleních. Při jeho tvorbě mi částečně byl inspirací dotazník diplomové práce Rybáčkové (1992), která se zabývala podobnou problematikou.

Data byla zpracována kvantitativní metodou výzkumu. Celý proces sběru dat včetně získání souhlasu s výzkumem jednotlivých vedoucích pracovníků nebyl snadný. Vzhledem k tématu jsem volila osobní kontakt při předem domluvené a potvrzené schůzce. Velice mi pomohly vrchní a staniční sestry jednotlivých klinik a oddělení, které dotazníky rozdávaly a sbíraly. Vždy jsem jim osobně vysvětlila důvody, záměr, cíle bakalářské práce a zodpověděla otázky, aby tyto informace mohly předávat respondentkám. První reakce na téma výzkumu byly rozdílné. Některé kladné a souhlasné z důvodu objasnění stavu neformálních vztahů zdravotnických pracovníků vlivem jejich prezentace sdělovacími prostředky, jindy se objevily obavy z odsouzení a zveřejnění jejich soukromí. Tyto obavy lze předpokládat, protože otázky v dotazníku se týkají rodinného, intimního a osobního života. Zároveň si myslím, že přestože je v současné době všeobecně morálka uvolněnější, než tomu bylo v minulých letech, vnímají

sestry ochranu soukromí jako velmi důležitou a podstatnou i vlivem své profese, neboť mají povinnost ochrany osobních a citlivých údajů pacientů. Ujistila jsem osobně vrchní i staniční sestry o anonymitě šetření a respondentky byly ubezpečeny v úvodní a závěrečné části dotazníku. Domnívám se, že jsem získala důvěru sester, protože odpovídaly často otevřeně a sdělovaly velmi citlivé údaje. Důkazem toho je i vysoké procento a to 94 %-97 % sester odpovídajících na intimní otázky, i když mohly vybrat možnost, že nechtějí odpovídat. Snahou o maximální anonymitu byla zajištěna, podle mého názoru, velmi dobrá návratnost dotazníků a to 66,10 %, přičemž návratnost použitelných dotazníků je 53,64 %.

První část dotazníku se týkala identifikačních údajů sester. Domníváme se, že věk respondentek souvisí se schopností vyjadřovat se k tomuto tématu a také schopností navazovat vztahy, protože nejvíce sester 32,80 % je ve věkovém rozmezí 30-39 let a 40- 49 let. Nejméně sester 2,80 % je ve věkovém rozmezí 60-69 let. Celkově se věk sester pohyboval v rozmezí 20-65 let a průměrný věk je 31 let. Ve výzkumu Rybáčkové (1992) nejpočetnější skupinu respondentek tvořilo 55,00 % sester ve věkovém pásmu 20-30 let a průměrný věk respondentek byl 28 let.

Dalším údajem byl rodinný stav sester, který plně odpovídá jejich věkovým údajům, protože nejvíce sester 55,40 % je vdaných, 20,30 % svobodných, méně sester je rozvedených, znovu vdaných a nejméně ovdovělých. Rozdílné jsou sledované soubory respondentek v práci Rybáčkové (1992), neboť je nejvíce sester 45,70 % svobodných, tedy o 25,40 % více, než v mém výzkumu.

Třetí identifikační údaj se zaměřil na počet dětí, který koreluje s věkem sester. To proto, že v současné době je vyšší věk prvorodiček a nejsou výjimkou ani třicetileté. Soudím, že tento fakt souvisí s narůstající důležitostí vzdělání, potřebou ekonomického a sociálního zajištění, pozdějším zahájením sexuálního života a rozmachem antikoncepce. Stejně tak počet dětí koreluje s rodinným stavem, což může být způsobeno současným skeptickým náhledem populace na manželství a manželský svazek jako takový a upřednostnění „soužití na hromádce“. Největší počet sester 51,40 % má dvě děti, shodně 19,20 % sester má jedno dítě a je bezdětných. Tři děti má 7,90 % sester a čtyři děti má 2,30 % sester.

Čtvrtý identifikační údaj objasňoval nejvyšší dosažené vzdělání sester. Nejvíce sester 38,40 % má středoškolské vzdělání se specializací, 28,20 % sester středoškolské vzdělání a menší skupiny sester 15,30 % má vysokoškolské bakalářské vzdělání, 11,30 % sester vyšší odborné vzdělání a 6,80 % sester má vysokoškolské magisterské vzdělání. Odborná

způsobilost odpovídá věkovému zastoupení sester, protože byla změněna na základě zákona č. 96/2006 Sb. Tyto změny na přípravu a výkon povolání sester byly provedeny na základě koordinace požadavků členských států Evropské unie. Jako srovnání uvádím data z diplomové práce Rybáčkové (1992), kde sestry se středoškolským vzděláním tvořily 93,70 % všech respondentek. Zajímavé jsou výsledky výzkumu Kulichové (2007), která hodnotila názor lékařů na vzdělávání sester. Celkem 82,90 % lékařů se vyjádřilo zcela kladně ke vzdělávání sester po ukončení SZŠ, avšak méně lékařů 54,90 % se zcela kladně vyjádřilo k otázce jejich vysokoškolského vzdělávání. V mém výzkumu žádná ze sester neuvedla jiné vzdělání při výkonu svého povolání. Domnívám se, že je tomu tak z důvodu regulované ošetrovatelské profese, jako nástroje, prostřednictvím kterého je do ošetrovatelské činnosti zaváděn řád, důslednost, identita a kontrola a to i stanovením rozsahu odborné způsobilosti a registrace sester.

Dalším údajem jsem zjišťovala místo zdravotnického zařízení, ve kterém sestry pracují. Inspirací bylo doporučení z diplomové práce Rybáčkové (1992), pro zjištění rozdílu mezi chováním sester, které pracují ve zdravotnickém zařízení malých a velkých měst. Touto otázkou byly respondenty rozděleny do dvou téměř shodných skupin. První skupinu tvořilo 46,30 % sester pracujících ve zdravotnickém zařízení v Praze a druhá skupina čítala 53,70 % sester pracujících ve zdravotnickém zařízení mimo Prahu. Výsledná data sloužila pro porovnání v otázce č. 24.

Poslední identifikační údaj vypovídal o pracovišti sester. Zjišťovala jsem, na kterém oddělení vzniká nejvíce intimních vztahů mezi lékařem a sestrou. Na základě určité mé domněnky byly v této otázce formulovány odpovědi a pilotní výzkum byl pro zjištění srozumitelnosti dotazníku proveden právě u sester pracujících na oddělení intenzivní péče, chirurgie a interny. Výsledná data sloužila pro porovnání v otázce č. 24. Nejvíce sester 36,70 % pracovalo na oddělení intenzivní péče, 26,00 % sester na interním oddělení, 10,20 % sester na chirurgickém oddělení a 27,10 % sester na jiných odděleních.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda má vliv na vznik intimního vztahu mezi sestrou a lékařem její rodinné zázemí, ve kterém vyrůstala.

V otázce, kde sestry hodnotily úplnost rodiny, ve které vyrůstaly, jsem byla překvapena výsledky. Celkem 79,70 % sester žilo v úplné rodině a pouze 20,30 % sester žilo s jedním

rodičem. Domnívala jsem se vzhledem k vysoké rozvodovosti manželství, že sester žijících v úplné rodině bude podstatně méně. Nepřekvapily mne důvody neúplnosti rodiny, protože 77,80 % sester žilo pouze s jedním rodičem právě z důvodu rozvodu a 22,20 % sester z důvodu úmrtí jednoho z rodičů. Myslím si, že jednou z hlavních příčin rozvodovosti může být konzumní způsob života vedoucí k tomu, že ubývá času na intimní rodinný život a děti a jejich rodiče trpí jeho nedostatkem. Upřímný vzájemný vztah členů rodiny mezi sebou a odpovědnost dospělých jsou hlavní pouta, která drží rodinu pohromadě a zajišťuje její stabilitu. Rodina je určitým socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory a předává předpokládaný vzor chování pro ženskou a mužskou roli. Toto prostředí je pro dítě zásadně důležité, neboť automaticky či cíleně napodobuje chování svých rodičů. Neúplnost rodiny má vliv na vývoj jedince, protože chybí vzor pro identifikaci s rolí a stejně tomu tak je, pokud rodič není příkladným vzorem.

Zajímalo mne, jak sestry hodnotí manželství nebo partnerství rodičů v rodině, kde vyrůstaly. Celkem 78,00 % jich tento vztah hodnotí jako harmonický a 13,00 % jako neharmonický, což je o 13,70 % méně než výzkum Rybáčkové (1992), ve kterém na stejnou otázku odpovědělo 26,70 % respondentek. Dále mne zajímalo, zda kvalita manželství rodičů nebo jejich partnerství má vliv na vznik intimního vztahu mezi lékařem a sestrou. Celkem 132 (100,00 %) sester hodnotí vztah rodičů nebo jejich manželství jako harmonické a celkem harmonické a z této skupiny 30 (22,70 %) sester přiznalo navázání intimního vztahu s lékařem. Z počtu 23 (100,00 %) sester, které hodnotily manželství nebo partnerství rodičů jako neharmonické, jich navázalo intimní vztah s lékařem 10 (43,50 %). V případě, že manželství nebo partnerství rodičů bylo hodnoceno jako neharmonické, navázalo intimní vztah s lékařem o 20,80 % sester více, než v případě hodnocení vztahu rodičů jako harmonického.

Z názoru sester na otce v pozici manžela jsem zjistila, že 85,90 % ho hodnotí jako dobrého a průměrného a 7,90 % sester by takového partnera nikdy nechtělo. Rozdílná je odpověď respondentek práce Rybáčkové (1992), neboť se k této otázce vyjádřilo 25,60 % sester, které takového partnera jako byl jejich otec odmítají. Z mého výzkumu vyplývá, že důvodem odmítání takového partnera byl nejčastěji ve 42,90 % alkoholismus, dále nevěra, agresivita a pro mne překvapující a znepokojující odpovědi i zneužívání nezletilé osoby. Méně sester uvedlo jako důvod sobectví otce a preferování vlastních dětí. Zjišťovala jsem, zda existuje vliv vzoru otce na vznik intimního vztahu mezi sestrou a lékařem. Ze 146 (100,00 %) sester

mající otce vzorem dobrého nebo průměrného muže, jich 31 (21,20 %) navázalo intimní vztah s lékařem a z počtu 24 (100,00 %) sester, které vyrůstaly bez otce nebo takového partnera, jako byl jejich otec by nikdy nechtěly, jich intimní vztah s lékařem přiznalo 14 (58,30 %). V případě, že otec nebyl vzorem partnera, navázalo intimní vztah s lékařem o 37,10 % sester více, než v případě hodnocení otce jako dobrého a průměrného muže. Podle Rybáčkové (1992) se dcera obvykle identifikuje se svou matkou a přejímá její formy chování a zároveň i program celkového chování rodičů v manželském vztahu. Její postoj k mužům je ovlivněn vzorem otce a chováním matky a rodiny k němu. Pokud sestra negativně hodnotí vztah rodičů a otce v pozici manžela, může se později ona sama ve svém vztahu chovat rizikově.

Dílčí cíl 1 byl splněn.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda kvalita partnerského vztahu nebo manželství sestry, může ovlivnit vznik intimního vztahu s lékařem.

V dotazníku jsem položila otázku, zda mají sestry stálého partnera. Celkem 84,70 % sester má stálého partnera a 15,30 % sester stálého partnera nemá. Dále mne zajímalo, v jakém vztahu je k respondentce její partner. Nejvíce mužů 71,30 % je manželem, 18,70 % mužů je partnerem/přítelem žijícím ve společné domácnosti a 10,00 % mužů je partnerem/přítelem, který nežije ve společné domácnosti. Tyto výsledky jsem vzhledem k věku a rodinnému stavu respondentek očekávala.

Nejvíce partnerů 36,70 % je ve věkové rozmezí 40-49 let. Nemalý počet mužů a to 23,30 % byl ve věku 30-39 let, 22,20 % ve věkovém rozpětí 50-59 let a 11,30 % v rozmezí 60-69 let. Nejmenší skupinu tvořilo 6,70 % mužů ve věku 20-29 let. Myslím si, že věk partnerů respondentek odpovídá věkovému zastoupení sester.

Příjemně mne překvapilo, že 86,70 % sester odpovědělo, že nemá jejich manžel nebo partner žádné připomínky k jejímu povolání a pouze 12,00 % sester připomínky uvedlo. Nejčastější výhrady 61,10 % jsou k nepravidelným službám, nočním směnám a službám o víkendech, 16,70 % připomínek je k fyzické a psychické náročnosti profese a pouze 11,10 % výhrad se vztahuje k žárlivosti na kontakt s lékaři a časové náročnosti povolání. Tento výsledek mne přivádí k zamyšlení nad kvalitou manželského nebo partnerského vztahu sestry, ovlivňovaného řadou faktorů různé důležitosti, tedy i možných připomínek manžela či

partnera k jejímu povolání. Proto jsem zjišťovala, jak se v trvalém vztahu sestry cítí. Velmi mne potěšilo, že 88,00 % sester je ve vztahu spokojeno nebo spíše spokojeno, jen 9,30 % sester je nespokojeno. Tento výsledek jsem očekávala vzhledem k velmi malému množství připomínek ze strany manželů či partnerů, ale i proto, že více jak 3/4 sester hodnotí vztah rodičů jako harmonický. Zaměřila jsem se na vliv spokojenosti sestry v trvalém vztahu nebo manželství a navázání intimního vztahu s lékařem. V manželství nebo partnerském svazku je 130 (100,00 %) sester velmi a spíše spokojeno, ale přesto jich 30 (23,10 %) navázalo s lékařem intimní vztah. Celkem 14 (100,00 %) sester se cítí v manželství nebo partnerství nespokojeno nebo velmi nespokojeno, z toho 9 (64,30 %) z nich přiznalo navázání intimního vztahu s lékařem. V případě nespokojenosti sester v manželství nebo partnerském svazku jich navázalo intimní vztah s lékařem o 41,20 % více, než v případě sester spokojených v trvalém vztahu.

Prekvapena jsem byla zjištěním, že 44,70 % sester má ve vztahu neshody týkající se sexuálního života a 49,30 % sester tyto neshody neuvedlo. Na tuto otázku odpovědělo 94 % sester. Velmi rozdílné výsledky jsou v diplomové práci Rybáčkové (1992), protože sexuální neshody ve vztahu uvedlo o 18,60 % méně sester tedy 26,10 %. Domnívala jsem se, že v mém výzkumu bude sexuální neshody ve vztahu uvádět méně sester, vzhledem k jejich vysoké spokojenosti v manželském nebo partnerském svazku. Vyšší množství neshod ve vztahu, týkající se sexuálního života, si vysvětluji stále se zvyšující psychickou i fyzickou náročností profese sestry, ale také dnešní velmi uspěchanou dobou a problémy v nichž zanedbáváme sebe i své blízké.

Dílčí cíl 2 byl splněn.

Dílčí cíl 3: Zjistit postoj sester k nevěře a zájem o lékaře jako muže.

Snažila jsem se zjistit, jaké hodnoty považují respondentky za důležité pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství. Odpovědi sester jsem při vyhodnocení zprůměřňovala. Jako nejdůležitější hodnotu označily sestry rovnoprávné postavení obou partnerů, další jsou hodnoty sestupně řazené a to tolerance, věrnost, shoda v sexuální oblasti, porozumění a shoda v intelektuální oblasti, schopnost přizpůsobit se a poslední je dostatečné materiální zabezpečení.

I vzhledem k tomu, že sestry hodnotu věrnosti umístily na třetí místo, zajímalo mne, zda už někdy byly svému trvalejšímu partnerovi nebo manželovi nevěrné. Příjemným zjištěním bylo, že na tuto otázku odpovědělo 94 % sester. Potěšil mne výsledek, protože 63,30 % sester se nikdy nevěry nedopustilo a 31,10 % sester bylo nevěrných, na rozdíl od výsledků Rybáčkové (1992), kde kladně odpovědělo 50,70 % sester, tedy více o 19,60 %. Domnívám se, že počet věrných respondentek je vysoký, pokud vezmu v úvahu dodržování morálních zásad a poměry v dnešní společnosti. Zároveň si věrnost sester vysvětluji dobrou znalostí možného hrozícího nebezpečí v podobě nemocí, a to i díky znalostem při svém povolání a také spokojeností v současném svazku. Tato teorie se potvrzuje i dále.

Respondentky odpovídaly na otázku, zda vyhledávají příležitostné sexuální kontakty. Celkem odpovědělo 94 % sester. Výsledky ukázaly, že 80,80 % sester příležitostné sexuální kontakty zásadně nevyhledává, 13,60 % sester je vyhledává, ale z toho 13,00 % sester je vyhledává pouze občas. Počet sester vyhledávajících příležitostné sexuální kontakty byl v práci Rybáčkové (1992) 22,70 %, tedy vyšší o 9,10 %.

Sestry také hodnotily zájem o lékaře jako muže. Na tuto otázku odpovědělo 97 % sester. Celkem 73,40 % sester má k lékařům stejný vztah jako k jiným mužům, 19,80 % sester preferuje muže jiných profesí a 4,00 % sester uvedlo větší zájem o lékaře než o muže ostatní. Výsledky Rybáčkové (1992) jsou odlišné, protože stejný vztah k lékařům jako jiným mužům uvádí 80,30 % sester, ale především 10,30 % sester preferuje muže jiných profesí a 9,30 % sester uvedlo, že lékař jako muž jim imponuje více než ostatní muži. Rybáčková (1992) vychází z předpokladu, že lékař je pro sestru vysoce atraktivní a může se domnívat, že navázáním intimního vztahu s ním získá zvýhodněné postavení v kolektivu a vyšší prestiž. Usuzuji, že tyto rozdílné výsledky mohou v dnešní době souviset se změněnou pozicí sestry v ošetrovatelství s vyšší prestiží, kdy se stává profesionálem s novými a autonomními rolemi, také na základě změny ve vztahu s lékařem, kdy už není pouhou asistentkou. Rovněž rovnoprávným postavení sestry v týmové spolupráci, kde neexistuje pozice nadřízenosti a podřízenosti, všichni jsou si rovni a pracují na základě odborné specializace a vzájemné dohody. Podstatný vliv může mít i změna v přípravě na povolání sestry a jejich možnost se vysokoškolsky vzdělávat, protože se dříve připravovala sociálně nezralá mládež.

Vyhodnotila jsem reakce sester na lékařův zájem. Pouze 3,40 % sester by zájem lékaře opětovalo, koketovalo by 18,10 % sester, což je o 12,20 % méně respondentek než vypovídá

výzkum Rybáčkové (1992). 45,20 % sester zájem lékaře odmítne, ale bude jí lichotit a 7,90 % sester dá lékaři najevo svůj nezájem z důvodu nepříjemného pocitu.

Zajímalo mne chování sestry v případě navázání intimního vztahu s lékařem. Celkem 29,40 % sester nedokáže tuto situaci posoudit, proto předpokládám, že takový vztah nikdy nenavázaly a 28,20 % sester si možnost intimního vztahu s lékařem nepřipouští. Pouze 0,60 % sester by se s touto skutečností svěřilo ostatním. Více sdílné byly respondenty v práci Rybáčkové (1992) neboť by se jich ostatním svěřilo 21,10 %. 27,10 % sester by tuto skutečnost chtělo udržet v tajnosti co nejdéle oproti počtu 47,80 % respondentek výzkumu Rybáčkové (1992) a 11,90 % sester by při zveřejnění zohlednilo situaci a okolnosti. Možnost lhostejnosti při zveřejnění intimního vztahu s lékařem volilo 2,80 % sester, ale více jak desetinásobek, tedy 31,30 % sester na tuto otázku odpovědělo kladně v diplomové práci Rybáčkové (1992). Myslím si, že si sestry chrání své soukromí a osobní informace, snad i z určité obavy z reakce okolí a pracovního kolektivu.

Dílčí cíl 3 byl splněn.

Dílčí cíl 4: Zjistit vzniklé intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky (lékař a sestra) podle současného pracoviště sester a charakterizovat tyto vztahy.

Intimní vztah s lékařem navázalo 25,40 % sester, 71,20 % sester odpovědělo záporně a celkem na tuto otázku odpovědělo 97 % respondentek. O těchto vztazích neví 74,60 % sester daného oddělení, na rozdíl od výsledků diplomové práce Rybáčkové (1992), kde o existenci intimních vztahů na pracovišti mezi lékařem a sestrou neví pouze 46,00 % respondentek. Tento údaj potvrzuje i výše uvedenou domněnku, že si sestry chrání své soukromí.

Z celkového počtu 66 intimních vztahů jich nejvíce 64,40 % sester navázalo vztah pouze s jedním lékařem, 26,70 % sester se dvěma lékaři, 6,70 % sester se třemi lékaři a pouze 2,20 % sester se čtyřmi lékaři. Oproti výzkumu Rybáčkové (1992), kde žádná sestra nenavázala vztah se čtyřmi lékaři. Těžko říci zda je počet vzniklých intimních vztahů vysoký či nízký, proto by bylo vhodné provést šetření i mezi pracovníky jiných oborů.

Zajímala mne kvalita intimního vztahu. Bylo pro mne překvapením, že pro 56,10 % sester to bylo krátké vzplanutí a „flirt”. Domnívám se, že tento vztah souvisí s určitou kompenzací sestry i lékaře při velice psychicky i fyzicky náročném povolání, jejich blízkém pracovním

vztahu a úzké spolupráci. Dlouhodobější vztah zaměřený nejen na erotiku přiznalo 43,90 % sester. Z navázaných vztahů jich bylo 91,00 % ukončeno rozchodem nebo rozvodem a 9,00 % vztahů trvá v různých podobách. Nejčastěji partnerstvím bez společné domácnosti, dále manželstvím a partnerstvím se společnou domácností. Rybáčková (1992) na tuto otázku ve svém výzkumu zjistila převahu dlouhodobějších vztahů 75,60 % a méně flirtů 24,40 %, což koresponduje s vysvětlením zvýšeného zájmu o lékaře jako muže.

Zjišťovala jsem souvislost navázání intimního vztahu lékaře a sestry s velikostí města, ve kterém je umístěno zdravotnické zařízení, kde pracují. Mojí domněnkou bylo častější navazování intimních vztahů ve velkoměstě z důvodů větší anonymity, tolerance a shovívavosti okolí, což se nepotvrdilo. Celkem 95 sester pracuje v okresní nemocnici a 24, 20 % z nich intimní vztah s lékařem navázalo. Tento vztah popřelo 75,80 % sester. Skupina 82 sester pracuje ve fakultní nemocnici a 65,90 % z nich nenavázalo intimní vztah s lékařem a 26,80 % sester tento vztah přiznalo. Ukázalo se, že mezi umístěním zdravotnického zařízení, ve kterém pracuje lékař a sestra a jejich navázáním intimního vztahu neexistuje závislost.

Dále jsem hodnotila, na kterém pracovišti sester vznikají intimní vztahy mezi lékařem a sestrou častěji. Z výsledků je patrné, že nejvíce 28,90 % sester, které navázaly intimní vztah s lékařem, pracuje na odděleních intenzivní péče, 20,00 % sester pracuje na interním oddělení a 13,30 % sester na chirurgickém oddělení. Předpokládala jsem tento výsledek a domnívám se, že je to vlivem velkého psychického vypětí sester, skladbou pacientů, kteří jsou v akutním ohrožení života, častějším možným kontaktem s nečekaným úmrtím a to především u mladých lidí, velmi blízkou spoluprací s lékařem a možností kontaktu s více lékaři než na standardních odděleních.

Dílčí cíl 4 byl splněn.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda vzniklý intimní vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti a zda ovlivňuje kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni.

Zajímalo mne, zda intimní vztah lékaře a sestry ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti sester. Celkem 75,70 % sester odpovědělo

ano, 9,00 % sester zvolilo zápornou odpověď a 15,30 % sester tuto situaci nedovede posoudit. Myslím si, že sestry tento vliv vnímají z několika důvodů. Jedním z nich je určitě délka praxe a s ní spojené zkušenosti, dále posun věkové hranice sester při nástupu do praxe dané systémem vzdělávání zdravotnických pracovníků a s tím, podle mne, i související větší odpovědnost a rozumová vyzrálost. Podle Kulichové (2007) je napjatá atmosféra na pracovišti i mezi jednotlivými pracovníky v dnešní době zcela nepřijatelná, protože může mít v konečném důsledku nepříznivý dopad na nemocného.

V dotazníku jsem položila otázku možného vlivu intimního vztahu mezi lékařem a sestrou na kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni. Podle Kulichové (2007) se kvalita vztahu mezi lékařem a sestrou dotýká i nemocného a může ovlivnit jeho léčebný proces a návrat do společnosti. Kvalita spočívá v pracovním uspokojení lékaře i sestry, přínosu radosti z práce, neboť v důsledku má především pozitivní dopad na nemocného. Tento vztah by měl být prostý významných nedorozumění a konfliktů. Ve výzkumu jsem zjistila, že 64,90 % sester chápe intimní vztah lékaře a sestry jako ovlivňující jejich kvalitu spolupráce, 13,60 % sester odpovědělo záporně a 21,50 % sester tuto skutečnost nedovede posoudit. K zamyšlení jsou výsledky výzkumu Rybáčkové (1992), protože pouze 19,00 % sester předpokládá vliv takového vztahu na kvalitu spolupráce lékaře a sestry na profesionální úrovni a to spíše negativně, což je o 45,90 % méně respondentek než v mém výzkumu a 81,00 % sester záporně, to je více respondentek o 67,40 % oproti mým výsledkům.

Později jsem došla k názoru, že by bylo vhodné objasnit, jaký je tedy vliv intimního vztahu lékaře a sestry na jejich spolupráci a atmosféru na pracovišti. V tomto směru jsem se nechala ovlivnit vlastním názorem, protože se domnívám o minimálních pozitivních a převažujících negativních. Bylo by vhodné provést další šetření i tímto směrem.

Dílčí cíl 5 byl splněn.

Poslední otázka dotazníku dokresluje danou problematiku, jelikož téma práce zjišťuje velmi osobní údaje respondentek. Proto jsem do výčtu odpovědí na citlivé otázky (13-15, 17-19 a 24) zařadila i možnost - nechci odpovídat. Snažila jsem se tím zajistit i validitu získaných dat. Sestry mohly touto otázkou vysvětlit důvod své volby. Jsem příjemně překvapena, neboť 87,60 % sester tuto možnost nevyužilo a 12,40 % sester tuto odpověď volilo. Zajímavý výběr

odpovědi je u 0,60 % sester, protože uvedlo prožívání takového vztahu a nechtějí, aby někdo více věděl.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku neformálních vztahů mezi zdravotnickými pracovníky. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda mezi lékaři a sestrami vznikají na pracovišti sester intimní vztahy a jaké faktory mohou ovlivnit jejich vznik a naopak, zda existuje možný vliv těchto vztahů na spolupráci zdravotnických pracovníků.

Pro empirické šetření jsem vytvořila nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce určený sestrám pracujícím na lůžkových odděleních v okresním a fakultním zdravotnickém zařízení. Výzkumný vzorek tvořilo 177 sester.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda má vliv na vznik intimního vztahu mezi sestrou a lékařem její rodinné zázemí, ve kterém vyrůstala. V případě, že manželství nebo partnerství rodičů bylo sestrou hodnoceno jako neharmonické, navázalo intimní vztah s lékařem o 20,80 % sester více, než v případě hodnocení vztahu rodičů jako harmonického. Pokud otec nebyl vzorem partnera, navázalo intimní vztah s lékařem o 37,10 % sester více, než v případě hodnocení otce jako dobrého a průměrného muže. Výzkumné šetření ukázalo, že pokud sestry hodnotily manželství svých rodičů jako neharmonické a pokud otec nebyl dobrým vzorem pro výběr partnera, navázaly intimní vztah s lékařem častěji. Z výsledků vyplývá jasný vliv rodinného prostředí sestry na vznik intimního vztahu s lékařem.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda kvalita partnerského vztahu nebo manželství sestry, může ovlivnit vznik intimního vztahu s lékařem. V případě nespokojenosti sester v manželství nebo partnerském svazku, jich navázalo intimní vztah s lékařem o 41,20 % více, než v případě sester spokojených v trvalém vztahu. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry nespokojené v manželství nebo partnerském svazku, navazují intimní vztah s lékařem častěji. Z výsledků je patrný jasný vliv kvality manželství či partnerství sestry na navázání intimního vztahu s lékařem.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit postoj sester k nevěře a zájem o lékaře jako muže. Výzkumné šetření ukázalo, že hodnotu věrnosti, důležitou pro spokojený a trvalý svazek zařadily sestry na třetí místo ze sedmi možných, za rovnoprávné postavení obou partnerů a toleranci. Celkem 112 sester nebylo trvalému partnerovi nikdy nevěrných a pouze 24 sester vyhledává příležitostné sexuální kontakty, přičemž 23 sester pouze občas. Z výsledků vyplývá, že lékař jako muž, imponuje 7 sester více než muži ostatní. Naopak, 35 sester

preferuje pro dlouhodobý vztah muže jiných profesí. Pokud by projevoval lékař o sestru, jako ženu zájem, jen 6 sester bude tento zájem opětovat. V případě chování sestry, pokud by navázala intimní vztah s lékařem, byly téměř shodné tři nejčastější odpovědi. Některé respondenty by se snažily tuto skutečnost udržet v tajnosti co nejdéle, další skupina sester možnost intimního vztahu s lékařem nepřipouští a poslední skupina respondentek nedokáže tuto situaci posoudit.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit vzniklé intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky (lékař a sestra) podle současného pracoviště sester a charakterizovat tyto vztahy. Výzkumné šetření ukázalo, že celkem bylo navázáno 66 intimních vztahů mezi lékařem a sestrou, s převahou vztahů krátkodobých spíše „flirtů“. Nejčastěji vznikají intimní vztahy na oddělení intenzivní péče (ARO, JIP) a nebyla zjištěna souvislost mezi pracovištěm sestry ve větším městě a častějším navázáním intimního vztahu s lékařem. Tento vztah navázalo 45 sester a převažoval vztah s jedním lékařem. Rovněž 45 sester ví, o intimních vztazích mezi lékaři a sestrami na svém pracovišti.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda vzniklý intimní vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy mezi ostatními pracovníky na daném pracovišti a zda ovlivňuje kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni. Celkem 134 sester se domnívá, že intimní vztah lékaře a sestry ovlivňuje mezilidské a pracovní vztahy ostatních pracovníků daného pracoviště a 115 sester vnímá vliv tohoto vztahu na kvalitu profesionální spolupráce lékaře a sestry. Výzkumné šetření ukázalo vliv intimního vztahu lékaře a sestry v obou případech.

Jsem si vědoma, že bakalářská práce nemohla postihnout všechny faktory mající vliv na vznik neformálních vztahů zdravotnických pracovníků a proto je vhodné se touto problematikou i nadále zabývat. Bylo by vhodné provést výzkumnou sondu z pohledu lékařů a pacientů samotných.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky vznikají, otázkou zůstává, nakolik můžeme jejich vznik ovlivnit. Vzhledem k významnému vlivu rodiny jako socializačního činitele jedince je žádoucí, aby uchazečky o profesi sestry pocházely z harmonického prostředí, které ovlivňuje formování osobnosti a vytváření interpersonálních vztahů. Proto by i přijímací řízení mělo zohledňovat kvalitu rodinného prostředí např. pomocí dotazníku na výchovný styl rodičů, nebo pohovorem uchazečky s psychologem zaměřující se na rodinné prostředí, ve kterém vyrůstala a vztahy rodičů. Zároveň bych doporučila všem zdravotnickým pracovníkům, především těm pečujícím o děti a rodinu, aby pro odhalení možného rizika patologického vlivu rodinného prostředí na vývoj dítěte, používali hodnocení dle Kempeho (1962) (příloha J), kterým detekují potencionální negativní vliv rodičů na dítě. Z výzkumu vyplývá převažující počet krátkodobých intimních vztahů, které souvisí spíše s potřebou kompenzace při psychicky a fyzicky náročné profesi. Jednou z možností jak uvolnit toto napětí je schopnost abreakce zdravotnických pracovníků pomocí relaxačních technik. Sestry by ji mohly získávat již během profesní přípravy na povolání a v praxi by byla realizována i pomocí supervize, kterou by mohl poskytovat zaměstnavatel. Tato psychoterapeutická možnost je prostředkem pro nacházení řešení problematických situací v pracovním procesu a zároveň posilování interpersonálních vztahů pracovního týmu. Pokud mezi lékařem a sestrou vznikne intimní vztah, doporučuji, aby nesetřvávali při léčebné a ošetrovatelské péči o pacienty na stejném pracovišti, neboť je pro ně velice obtížné oddělit osobní život od pracovního.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Knižní zdroje a periodika

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana, TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra - lékař*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 127 s. ISBN 978-807-0135-266.
4. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 173 s. ISBN 80-701-3386-4.
5. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
6. FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. II. Praha: Universita Jana Amose Komenského, 2008, 336 s. ISBN 978-80-86723-64-8.
7. JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.
8. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 213 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.
10. MELLAN, Jiří, MELLANOVÁ, Alena. *Zdravotní sestra jako žena – žena jako sestra*. Zdravotnická pracovnice, 1981, roč. 31, č. 4, s. 199-209.
11. MOIR, Anne, MOIR, Bil. *Proč muži nežehlí: čtení o mužích a ženách*. Vyd. 1. Překlad Jaroslava Kohoutová, Hana Dudová. Praha: Grada, 2000, 210 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9945-4.
12. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie organizace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 225 s. ISBN 802470577-X.

13. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009, 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
14. OAKLEYOVÁ, Ann. *Pohlaví, gender a společnost*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-717-8403-6.
15. PACOVSKÝ, Vladimír, JURÁSKOVÁ, Dana, HOROVÁ, Hana. *Lékaři a sestry – dialog o profesních rolích a kompetencích*. Časopis lékařů českých, 2008, roč. 147, č. 8, s. 434-436. ISSN: 0008-7335.
16. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008, 426 s. ISBN 80-866-4247-X.
17. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana, a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
18. TRACHTOVÁ, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
19. VÉVODA, Jiří, a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.
20. VĚTVIČKA, Václav. *Také sestry potřebují klid*. Sestra, 2011, roč. 21, č. 9, s. 19-20. ISSN: 1210-0404.
21. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X
22. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.
23. VYSKOČIL, František. *Rozdíly mezi mužem a ženou*. Vesmír: přírodovědecký časopis Akademie věd České republiky. 2006, roč. 85, č. 8, s. 490-493. ISSN: 0042-4544.
24. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 724 s. ISBN 978-802-4724-928.
25. ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010, 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
26. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Lékařská sexuologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 83 s. ISBN 978-80-246-2049-7.
27. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sex ve zdravotnictví: od mileneckých vztahů po „harašení“*. Zdravotnické noviny, 2002, roč. 51, č. 33, s. 14-15. ISSN: 1805-2355.

28. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. ISSN 80-720-4264-5.

29. ZVONÍČKOVÁ, Marie, JIRKOVSKÝ, Daniel. *Mění se role sester*. Ošetrovatelství, teorie a praxe ošetrovatelství. Hradec Králové: 2006, roč. 8, č. 1-2, s. 15-16. ISSN 1212-723X.87.

Elektronické zdroje

30. UZEL, Radim. *Poklesky sexuální morálky se opakují v každé generaci* [online]. 2009 [cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/167007-radim-uzel-poklesky-sexualni-moraliky-se-opakuji-v-kazde-generaci.html>

31. *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-10-12]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Morálka>

32. *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-09-21]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina>

33. ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR-srovnání výzkumu z let 1993, 1998, 2003 a 2008*. [online]. 2009 [cit. 2014-09-30]. Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>

Zahraniční zdroje

34. BARON - COHEN, Simon. *Männliches Denken, weibliches Denken: Zwei Welten: Psychologie Heute*. 2004, roč. 3.

35. CHERRY, Barbara, JACOB, Susan, R. *Contemporary nursing: issues, trends*,. 2nd ed. St. Louis: Mosby, c2002, 630 p. ISBN 03-230-1631-6.

36. PLAUT, S. Michael. *Sexual and nonsexual boundaries in professional relationships: principles and teaching guidelines*. Sexual and Relationship Therapy [online]. 2008, vol. 23, issue 1, s. 85-94 [cit. 2014-10-20]. DOI: 10.1080/14681990701616624. Dostupné z: <http://www.tanfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990701616624>

37. SWEET, S. J.; NORMAN, I. J., *The nurse-doctor relationship: a selective literature review*. Journal of Advanced Nursing. 1995, roč. 22, č. 1, s. 165-170. ISSN 03092402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.2201016>.

Akademické práce

38. KULICHOVÁ, Blanka. *Vztahy lékaře a sestry* [online]. Praha, 2007 [cit. 2014-10-19]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/23116>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

39. RYBÁČKOVÁ, Milena. *Problematika interpersonálních vztahů mezi lékařem a sestrou*. Praha, 1992, s. 86. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Alena Mellanová.

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
et al.	a kolektiv
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	magistr
např.	například
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tzv.	tak zvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věk sester

Tabulka č. 2: Rodinný stav

Tabulka č. 3: Počet dětí

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání

Tabulka č. 5: Místo zdravotnického zařízení

Tabulka č. 6: Pracoviště sester

Tabulka č. 7: Úplnost rodiny

Tabulka č. 7. 1: Důvody neúplnosti rodiny

Tabulka č. 8: Hodnocení manželství nebo partnerství rodičů

Tabulka č. 8. 1: Hodnocení kvality vztahu rodičů a navázání intimního vztahu s lékařem

Tabulka č. 9: Hodnocení otce nebo otčima v pozici manžela

Tabulka č. 9. 1: Důvody odmítání takového partnera

Tabulka č. 9. 2: Otec jako vzor a navázání intimního vztahu s lékařem

Tabulka č. 10: Přítomnost stálého partnera

Tabulka č. 11: Stálý partner

Tabulka č. 12: Věk manžela/partnera

Tabulka č. 13: Připomínky manžela/partnera k povolání sestry

Tabulka č. 13. 1: Připomínky

Tabulka č. 14: Pocity ve vztahu

Tabulka č. 14. 1: Kvalita vztahu sestry a navázání intimního vztahu s lékařem

Tabulka č. 15: Sexuální neshody ve vztahu

Tabulka č. 16: Nejdůležitější hodnoty pro vztah

Tabulka č. 17: Nevěra manželovi nebo trvalejšímu partnerovi

Tabulka č. 18: Příležitostné sexuální kontakty

Tabulka č. 19: Zájem o lékaře jako muže

Tabulka č. 20: Reakce na lékařův zájem

Tabulka č. 21: Chování v případě intimního vztahu

Tabulka č. 22: Intimní vztahy na pracovišti v současné době

Tabulka č. 23: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem

Tabulka č. 23. 1: Navázání intimního vztahu s lékařem v městské nemocnici a fakultní nemocnici jednotlivě

Tabulka č. 23. 2: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem v městské nemocnici a fakultní nemocnici dle oddělení

Tabulka č. 24: Počet intimních vztahů

Tabulka č. 25: Jak intimní vztah nebo vztahy skončily

Tabulka č. 26: Vliv intimního vztahu na ostatní pracovníky

Tabulka č. 27: Vliv intimního vztahu na kvalitu profesionální spolupráce

Tabulka č. 28: Důvody volby možnosti - nechci odpovídat u některých otázek

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk sester

Graf č. 2: Rodinný stav

Graf č. 3: Počet dětí

Graf č. 4: Dosažené vzdělání

Graf č. 5: Místo zdravotnického zařízení

Graf č. 6: Pracoviště sester

Graf č. 7: Úplnost rodiny

Graf č. 7. 1: Důvody neúplnosti rodiny

Graf č. 8: Hodnocení manželství nebo partnerství rodičů

Graf č. 9: Hodnocení otce nebo otčima v pozici manžela

Graf č. 9. 1: Důvody odmítání takového partnera

Graf č. 10: Přítomnost stálého partnera

Graf č. 11: Stálý partner

Graf č. 12: Věk manžela/partnera

Graf č. 13: Připomínky manžela/partnera k povolání sestry

Graf č. 13. 1: Připomínky

Graf č. 14: Pocity ve vztahu

Graf č. 15: Sexuální neshody ve vztahu

Graf č. 16: Nejdůležitější hodnoty pro vztah

Graf č. 17: Nevěra manželovi nebo trvalejšímu partnerovi

Graf č. 18: Příležitostné sexuální kontakty

Graf č. 19: Zájem o lékaře jako muže

Graf č. 20: Reakce na lékařův zájem

Graf č. 21: Chování v případě intimního vztahu

Graf č. 22: Intimní vztahy na pracovišti v současné době

Graf č. 23: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem

Graf č. 23. 1: Navázání intimního vztahu s lékařem v městské nemocnici a fakultní nemocnici jednotlivě

Graf č. 23. 2: Navázání intimního vztahu s lékařem celkem v městské nemocnici a fakultní nemocnici dle oddělení

Graf č. 24.: Počet intimních vztahů

Graf č. 25: Jak intimní vztah nebo vztahy skončily

Graf č. 26: Vliv intimního vztahu na ostatní pracovníky

Graf č. 27: Vliv intimního vztahu na kvalitu profesionální spolupráce

Graf č. 28: Důvod volby možnosti - nechci odpovídat u některých otázek

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A Maslowova pyramida potřeb

PŘÍLOHA B Dotazník

PŘÍLOHA C Souhlasy s výzkumem

PŘÍLOHA D Uzavřené sběrné boxy

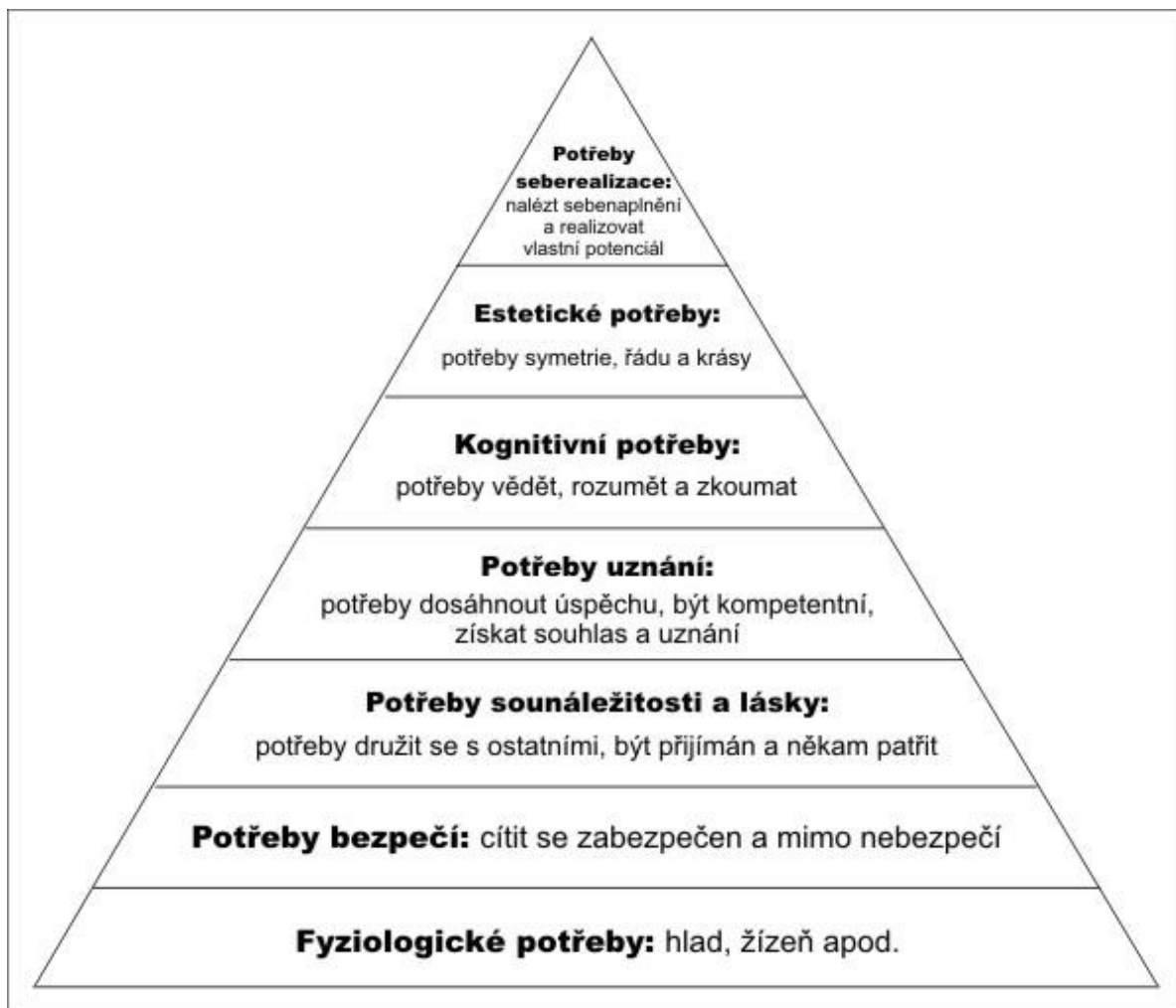
PŘÍLOHA E Uzamčené sběrné boxy

PŘÍLOHA F Důležité hodnoty pro spokojený a trvalý vztah

PŘÍLOHA G Identifikace potencionálních týrajících rodičů Hodnocení dle Kempeho(1962)

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A Maslowova pyramida potřeb



<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

PŘÍLOHA B

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské práce s názvem: Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. Cílem práce je anonymně zjistit zda mezi zdravotnickými pracovníky vznikají intimní vztahy a jejich možný vliv na mezilidské a pracovní vztahy v rámci daného pracoviště. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnou odpověď. Předem velmi děkuji za kompletní vyplnění dotazníku.

Eva Bendová

Bakalářské studium obor Všeobecná sestra

1. lékařské fakulty UK v Praze

1. Kolik Vám je let?

2. Váš rodinný stav

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) znovu vdaná
- e) vdova

3. Kolik máte dětí?

4. Dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) středoškolské se specializací
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské s titulem:
 - Bc.
 - Mgr.
 - jiným, uveďte jakým

5. Zdravotnické zařízení ve kterém pracujete je:

- a) v Praze
- b) mimo Prahu

6. Na jakém lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení pracujete?

- a) intenzivní péče /např. MOJIP, JIP, ARO, kardiovaskulární jednotka/
- b) chirurgické oddělení
- c) interní oddělení
- d) jiné oddělení

7. Rodina ve které jste vyrůstala byla:

- a) úplná
- b) neúplná z důvodu:
 - rozvodu
 - úmrtí
 - jiný důvod

8. Jak hodnotíte manželství nebo partnerství Vašich rodičů (vlastních, nevlastních, adoptivních nebo jejich kombinace) v rodině, kde jste vyrůstala?

- a) harmonické
- b) celkem harmonické
- c) neharmonické
- d) vyrůstala jste bez rodičů/rodiče

- e) nedovedete posoudit

9. Jak hodnotíte Vašeho otce nebo otčima v pozici manžela?

- a) byl dobrý muž a manžel
- b) byl průměrný, měl řadu chyb
- c) nikdy byste takového partnera nechtěla a proč?

.....
.....

- d) vyrůstala jste bez otce
- e) nedovedete posoudit

10. Máte stálého partnera?

- a) ano
- b) ne, přejděte na otázku č. 16

11. Jestliže máte stálého partnera:

- a) je to Váš manžel
- b) je to Váš přítel/partner, žijete ve společné domácnosti
- c) je to Váš přítel/partner, nežijete ve společné domácnosti

12. Věk Vašeho manžela/partnera.

13. Má váš manžel, nebo partner připomínky ohledně Vašeho povolání?

- a) ne
- b) ano – jaké?

.....
.....

- c) nechcete odpovídat

14. V manželství nebo partnerském vztahu se cítíte:

- a) velmi spokojena
- b) spíše spokojená
- c) nespokojena
- d) velmi nespokojena
- e) nechcete odpovídat

15. Dochází ve Vašem vztahu k neshodám, které se týkají sexuálního života?

- a) ano
- b) občas
- c) ne
- d) nechcete odpovídat

16. Z následujícího výčtu hodnot označte tři, které považujete za důležité pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství. Očíslujte je od čísla 1 až po číslo 3 do tabulky vpravo, přičemž číslo 1 znamená nejdůležitější.

- a) tolerance
- b) věrnost
- c) dostatečné materiální zabezpečení
- d) porozumění a shoda v intelektuální oblasti
- e) shoda sexuální
- f) schopnost přizpůsobit se
- g) rovnoprávné postavení obou partnerů
- h) jiné

17. Byla jste už někdy, i v minulosti, svému manželovi nebo trvalejšímu partnerovi nevěrná?

- a) ano - 1x
 - vícekrát
- b) ne
- c) nechcete odpovídat

18. Příležitostné sexuální kontakty:

- a) zásadně nevyhledáváte
- b) vyhledáváte pouze občas
- c) vyhledáváte
- d) nechcete odpovídat

19. Lékaři jako muži Vám většinou:

- a) imponují více než ostatní muži
- b) máte k nim stejný vztah jako k jiným mužům
- c) preferujete muže jiných profesí
- d) nechcete odpovídat

20. Začne-li o Vás lékař projevovat zájem:

- a) bude Vám to lichotit, ale odmítnete ho
- b) budete vstřícná a zájem budete opětovat
- c) budete s ním pouze koketovat
- d) bude Vám to nepříjemné, dáte mu najevo svůj nezájem
- e) záleželo by na situaci a okolnostech
- f) nedokážete posoudit

21. Víte o nějakém intimním vztahu, v současné době, mezi lékařem a sestrou na Vašem nynějším pracovišti?

- a) ano
- b) ne

22. Ovlivňuje podle Vás intimní vztah mezi lékařem a sestrou mezilidské a pracovní vztahy na daném pracovišti i mezi ostatními pracovníky?

- a) ano vždy
- b) někdy
- c) ne
- d) nedovedete posoudit

23. Ovlivňuje podle Vás intimní vztah mezi lékařem a sestrou kvalitu jejich spolupráce na profesionální úrovni?

- a) ano vždy
- b) někdy
- c) ne
- d) nedovedete posoudit

24. Navázala jste někdy intimní vztah s lékařem na oddělení, kde pracujete?

- a) ano
- b) ne, přejděte na otázku č. 27
- c) nechcete odpovídat, přejděte na otázku č. 27

25. S kolika lékaři jste během své profese navázala intimní vztah?

26. V co tento vztah vyústil nebo tyto vztahy vyústily? (Máte možnost více odpovědí)

- a) šlo pouze o chvilkovou záležitost, krátké vzplanutí-flirt
- b) vztah skončil rozchodem
- c) v manželství
- d) v manželství s následným rozvodem
- e) partnerstvím - ve společné domácnosti
- bez společné domácnosti

27. Jak se zachováte v případě, že navážete intimní vztah s lékařem:

- a) budete se snažit tuto skutečnost udržet v tajnosti co nejdéle
- b) bude Vám lhostejné zda to „vyplave na povrch“
- c) ráda se s tím svěříte ostatním
- d) při zveřejnění by záleželo na situaci a okolnostech
- e) nedokážete posoudit
- f) možnost intimního vztahu s lékařem nepřipouštíte


28. Pokud jste u některých otázek volila možnost – nechci odpovídat, bylo to z důvodů.

(Máte možnost více odpovědí)

- a) je to velice soukromé a intimní téma
- b) stydím se za to, byla to chyba
- c) nepříjemný pocit
- d) bojím se odsouzení
- e) právě takový vztah prožívám a nechci, aby někdo více věděl
- f) tuto možnost jsem nevolila
- g) jiné:.....
.....


Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku a ujišťuji Vás, že uvedené informace budou zpracovány zcela anonymně a pouze v empirické části bakalářské práce.

PŘÍLOHA C Souhlasy s výzkumem

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
	Žádost o dotazníkovou akci	

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bendová Eva		
Kontaktní adresa	Žlábkova 484, Třebenice, 413 01, okres Litoměřice		
Telefon	723 122 639	e-mailová adresa	BendovaEvca@seznam.cz
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta UK Praha		
Obor studia	Všeobecná sestra, kombinovaně		
Téma závěrečné práce	Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb		
Termín sběru dat	předpokládaný termín duben – květen 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	I. chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie		
Zjišťované informace	vztahy mezi sestrami a lékaři		
Forma prezentace dat:	bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.2.2014	Podpis žadatele	<i>Bendová Eva</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	24. 3. 2014	Podpis	<i>Mgr. Dita Svobodová, M.D.</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	24.3.14	Podpis	<i>Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.</i>


PŘÍLOHA C

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bendová Eva		
Kontaktní adresa	Žlábkova 484, Třebenice, 413 01, okres Litoměřice		
Telefon	723 122 639	e-mailová adresa	BendovaEvca@seznam.cz
Škola / fakulta	1.lékařská fakulta UK Praha		
Obor studia	Všeobecná sestra,kombinovaně		
Téma závěrečné práce	Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb		
Termín sběru dat	předpokládaný termín duben – květen 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	II.chirurgická klinika kardiiovaskulární chirurgie		
Zjišťované informace	vztahy mezi sestrami a lékaři		
Forma prezentace dat:	bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.2.2014	Podpis žadatele	<i>Bendová Eva</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	13.3.2014	Podpis	<i>Mgr. Alena Chmaitillová</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	24.3.14	Podpis	<i>Mgr. Dita Svobodová</i>

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.

PŘÍLOHA C

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
	Žádost o dotazníkovou akci	

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bendová Eva		
Kontaktní adresa	Žlábkova 484, Třebenice, 413 01, okres Litoměřice		
Telefon	723 122 639	e-mailová adresa	BendovaEvca@seznam.cz
Škola / fakulta	I. lékařská fakulta UK Praha		
Obor studia	Všeobecná sestra, kombinovaně		
Téma závěrečné práce	Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb		
Termín sběru dat	předpokládaný termín duben – květen 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	IV. interní klinika-klinika gastroenterologie a hepatologie		
Zjišťované informace	vztahy mezi sestrami a lékaři		
Forma prezentace dat:	bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	10.2.2014	Podpis žadatele	<i>Eva Bendová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	24.3.2014	Podpis	Mgr. Miluše Dušková
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne		Částka
Datum	24.3.14	Podpis	Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.

PŘÍLOHA C

Bendová Eva
Žlábkova 484
Třebenice 411 13

MUDr. Leoš Vysoudil, MBA
Městská nemocnice v Litoměřicích
Žitenická 18
Litoměřice 412 01

Věc : **Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážený pane řediteli,

Žádám Vás o umožnění výzkumného šetření mezi zdravotnickými pracovníky lékařských i nelékařských profesí, pracujících na ambulancích i lůžkových oddělení nemocnice. Jsem studentka 2. ročníku bakalářského studia 1.LF UK v Praze a součástí mé bakalářské práce je výzkum na téma : Intimní vztahy mezi zdravotnickými pracovníky v konkrétním zdravotnickém zařízení. Průzkum bude veden seriózně a diskrétně formou dotazníku a výsledky budou použity pouze pro bakalářskou práci.

Po skončení výzkumného šetření a jeho vyhodnocení poskytnu zjištěné údaje Městské nemocnici v Litoměřicích.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

21.2.2012

S pozdravem Bendová Eva

Bendová Eva

Soubor
na myš. Kelsch

fil

MUDr. VYSOUDIL Leoš, MBA
ředitel Městské nemocnice
v Litoměřicích

PŘÍLOHA D Uzavřené sběrné boxy



PŘÍLOHA E Uzamčené sběrné boxy

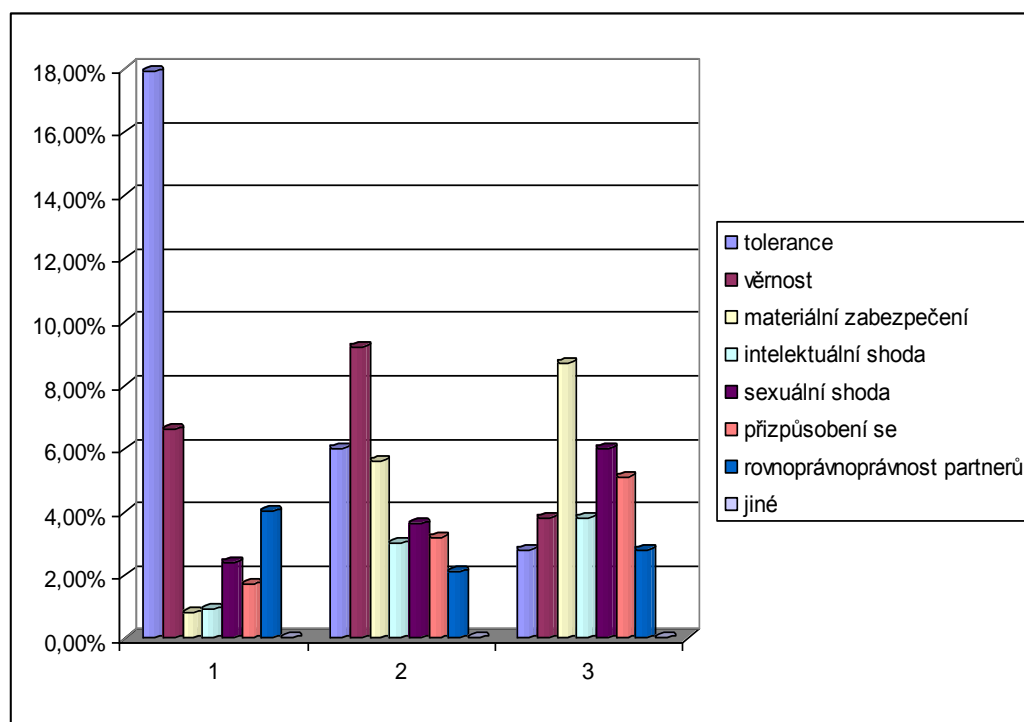


PŘÍLOHA F Důležité hodnoty pro spokojený a trvalý vztah

Tabulka: Důležité hodnoty pro spokojený a trvalý vztah

HODNOTY PRO VZTAH	ČÍSELNÉ PŘÍŘAZENÍ DŮLEŽITOSTI HODNOTY					
	1		2		3	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
tolerance	95	17,90 %	32	6,00 %	15	2,80 %
věrnost	35	6,60 %	49	9,20 %	20	3,80 %
dostatečné materiální zabezpečení	4	0,80 %	30	5,60 %	46	8,70 %
porozumění a shoda v intelektuální oblasti	5	0,90 %	16	3,00 %	20	3,80 %
shoda sexuální	13	2,40 %	19	3,60 %	32	6,00 %
schopnost přizpůsobit se	9	1,70 %	17	3,20 %	27	5,10 %
rovnoprávné postavení obou partnerů	21	4,00 %	11	2,10 %	15	2,80 %
jiné	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
CELKEM	182	34,30 %	174	32,70 %	175	33,00 %
CELKEM n_i	531					
CELKEM f_i [%]	100,00%					

Graf: Důležité hodnoty pro spokojený a trvalý vztah



Otázka č. 16 v dotazníku byla otázkou škálovou a sestry měly za úkol vybrat tři nejdůležitější hodnoty pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství. Výsledky jsou zpracovány z celkového počtu odpovědí, nikoli počtu odpovídajících sester. Z tabulky a grafu vyplývá, že z počtu 531 (100,00 %) odpovědí, přidělily sestry toleranci jako důležité hodnotě pro vztah při odpovědi číslo jedna 95krát (17,90 %), číslo dvě 32krát (6,00 %) a číslo tři 15krát (2,80 %), dále věrnosti přiřadily sestry hodnotu jedna 35krát (6,60 %), hodnotu dvě 49krát (9,20 %) a hodnotu tři 20krát (3,80 %). K hodnotě dostatečného materiálního zabezpečení přidělily sestry číslo jedna 4krát (0,80 %), číslo dvě 30krát (5,60 %) a číslo tři 46krát (8,70 %). U porozumění a shody v intelektuální oblasti zapsaly sestry hodnotu jedna 5krát (0,90 %), hodnotu dvě 16krát (3,00 %) a hodnotu tři 20krát (3,80 %). K sexuální shodě jako hodnotě důležité pro vztah přidělily sestry číslo jedna 13krát (2,40 %), číslo dvě 19krát (3,60 %) a číslo tři 32krát (6,00 %), schopnosti přizpůsobit se bylo přiděleno číslo jedna 9krát (1,70 %), číslo dvě 17krát (3,20 %) a číslo tři 27krát (5,10 %). K hodnotě rovnoprávného postavení obou partnerů přiřadily sestry hodnotu jedna 21krát (4,00 %), hodnotu dvě 11krát (2,10 %) a hodnotu tři 15krát (2,80 %). Žádná (0,00 %) sestra nevyužila možnost zapsat jinou hodnotu, dle vlastního uvážení, důležitou pro spokojený a trvalý vztah nebo manželství.

PŘÍLOHA G Identifikace potencionálních týrajících rodičů Hodnocení dle Kempeho (1962)

1. Rodiče se zajímají především o pohlaví dítěte.
2. Rodiče budou rozhořčeni, pokud dítě nebude plnit jejich vysoké požadavky a očekávání.
3. Matka odmítala těhotenství.
4. Jde o přespočetné dítě.
5. Deprese matky během těhotenství.
6. Matka se obtížně vyrovnávala s tělesnými změnami během těhotenství.
7. Rodina je izolována.
8. Rodiče žádali o interrupci, pro dítě se rozhodli jen proto, že již bylo pozdě.
9. Rodiče uvažovali o nabídnutí dítěte k adopci.

Pozorování chování rodičů

1. Umí rodiče s dítětem žertovat?
2. Umí rodiče s dítětem navázat oční kontakt?
3. Způsob komunikace rodičů s dítětem, přílišná kritika či neustálé požadavky (např. to je ošklivá holka apod.)
4. Jsou rodiče zklamáni pohlavím?
5. Jaké má dítě jméno a podle čeho bylo vybráno, kdy bylo jméno vybráno (před narozením, nebo později)?
6. Rodičovská očekávání neodpovídají věku a možnostem dítěte.
7. Rodiče nadměrně ruší nebo obtěžuje pláč dítěte. Nejsou schopni je utiшит.
8. Rodiče někdy ignorují skutečnost, že dítě chce jíst. Mohou být znepokojeni nebo rozhořčeni porcemi jídla, které dítě sní.
9. Rodiče reagují s výrazným odporem na výměnu plenek nebo na slinění dítěte.
10. Reakce ostatních členů rodiny na dítě (žárlivost, rivalita mezi sourozenci, žárlivost manžela na dítě).
11. Chtějí být rodiče za dítě zodpovědni při návštěvě lékaře, nebo převádějí zodpovědnost na lékaře či sestru?

12. Jsou rodiče zaměřeni spíše na uspokojení svých potřeb, obtížně je přivádíme k zaměření na potřeby dítěte?
13. Rodiče uvádějí nereálné stížnosti na dítě (např. matka šestitýdenního dítěte si stěžuje, že pláče, protože ji nemá rádo).
14. Rodiče mají na lékaře naléhavé otázky v případě bezvýznamných problémů. Snadno se rozpláčí (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 296-297) .

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedené v předchozím odstavci.

[illegible]